

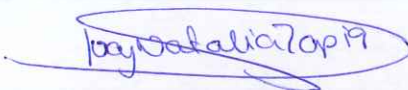
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **LUCY NATALIA TAPIA ORTEGA**, con **CC. 171823159-8**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN FAMILIAS DONDE EXISTE UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER"**. Estudio realizado desde el Enfoque Sistémico en diez casos de familias tratadas en el Instituto de Neurociencias Neuromedicenter en el período febrero-septiembre 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2018



LUCY NATALIA TAPIA ORTEGA
CC. 171823159-8

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN FAMILIAS DONDE
EXISTE UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Estudio realizado desde el Enfoque Sistémico en diez casos de familias tratadas en
el Instituto de Neurociencias Neuromedicenter en el período febrero – septiembre 2017.

LUCY NATALIA TAPIA ORTEGA

DIRECTORA

MTR. SOLEDAD ÁVILA

Quito, 2017

DEDICATORIA

Para aquellos que dedican su vida al cuidado

Por ser luz en la vida de alguien más.

AGRADECIMIENTOS

*Al Centro Médico Neurológico Neuromedicenter
Por haberme abierto las puertas de la institución.
A la Doctora Lisseth Duque,
Por su ayuda en cada paso de la investigación,
Por permitirme conocer más acerca de la Enfermedad de Alzheimer,
Capacitarme en el tema y despejar mis inquietudes.
Al personal del Centro, por su colaboración en todo el proceso.*

*A todos los participantes de la investigación,
Por vencer el miedo a ser juzgados,
Por exponer sus pensamientos y sentimientos
Y sobre todo por dejarme entrar en su vida.*

*A mis padres,
Por ser mi fuente de confianza y amor incondicional.
A mi hermano,
Por impulsarme y sostenerme.
A Juliana,
Por ser mi compañera de camino e inspiración diaria.
A Nico,
Por ser mi alegría y apoyo constante.*

*A mi directora Mtr. Soledad Ávila,
Por enseñarme con tanta pasión la Teoría Familiar Sistémica
Y compartir sus conocimientos conmigo,
Por su guía, dedicación y paciencia durante todo este proceso.*

Índice

RESUMEN	6
JUSTIFICACIÓN	10
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. Enfermedad de Alzheimer	14
2.1. Introducción.	14
2.2. Definición de la enfermedad.....	15
2.3. Síntomas y evolución de la Enfermedad de Alzheimer.	16
Estadio I (1-3 años de evolución).	16
Estadio II (2-10 años de evolución).....	17
Estadio III (8-12 años de evolución)	18
2.4. Diagnóstico.	19
2.5. Tratamiento.	21
2.6. Conceptos erróneos.....	22
2.7. Enfermedad de Alzheimer en América y Ecuador	23
3. Interacción familiar y ciclos vitales.....	25
3.1. La familia.....	25
3.2. Estructura familiar	26
La adaptación de la familia.....	29
3.3. Ciclo vital familiar.....	30
El período de galanteo	30
El matrimonio y sus consecuencias	31
El nacimiento y el trato con los hijos.....	31
Dificultades matrimoniales del periodo intermedio	31

El destete de los padres	32
El sufrimiento de la vejez	32
3.4. Límites o fronteras	32
3.5. Roles y funciones.....	34
3.6. Homeostasis y morfogénesis familiar.....	34
3.7. Crisis familiares	35
4. Violencia Intrafamiliar	38
4.1. Concepto de violencia intrafamiliar.....	38
4.2. Manifestaciones de violencia.....	40
4.2.1 Violencia psicológica.....	41
4.2.2 Violencia física	42
4.3. La violencia y la enfermedad crónica	44
Primera fase: negación y aislamiento	45
Segunda fase: ira.....	45
Tercera fase: pacto	45
Cuarta fase: depresión.....	45
Quinta fase: aceptación.....	45
5. Relación entre el diagnóstico de Alzheimer y las manifestaciones de violencia en la familia	48
5.1. Recopilación de información	48
5.1.1 Entrevista semiestructurada: Incidencia de violencia intrafamiliar en familias donde se encuentra un miembro diagnosticado con Alzheimer	49
Datos del entrevistado.....	51
Datos del paciente.....	51
Información sobre el diagnóstico y etapa actual de la enfermedad:	52
Dificultades asociadas al diagnóstico y cuidado	53

Maltrato asociado al diagnóstico	54
5.1.1.1. Análisis de la entrevista	55
6. CONCLUSIONES.....	60
7. RECOMENDACIONES	62
8. BIBLIOGRAFÍA	63
9. ANEXOS.....	66
ANEXO 1	66
ANEXO 2	69
ANEXO 3	71

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal fin describir la correlación que existe entre el diagnóstico y evolución de la Enfermedad de Alzheimer, y la violencia intrafamiliar que se puede producir dentro de la familia ante la demanda de adaptación a dicha situación. El estudio fue realizado desde el enfoque sistémico. Para la consecución de dicho propósito, el estudio se estructuró en cuatro capítulos. Los tres primeros llevan a cabo una investigación teórica de las variables de investigación planteadas. Posteriormente, el cuarto capítulo fue dedicado al análisis de los resultados de la entrevista directa con los sujetos de estudio y la comparación entre estos hallazgos y la teoría consultada.

En el primer capítulo, se realiza una revisión desde la perspectiva médica de la Enfermedad de Alzheimer, como primer punto se realiza un acercamiento hacia la definición de la enfermedad, en segundo lugar se describe los síntomas, la evolución de la enfermedad en la persona y los distintos estadios por los que pasa. Posteriormente se menciona los posibles tratamientos médicos a los que el paciente puede acceder y se incluye también algunos conceptos erróneos que se presentan alrededor de la enfermedad, el diagnóstico, los síntomas y su evolución. Finalmente se revisa la propuesta de la ADI/BUPA realizada en el 2013 acerca de la incidencia de casos de Enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Ecuador.

En el segundo capítulo se realiza un estudio teórico acerca de la interacción familiar y los ciclos vitales por los cuales esta pasa. Se toma como autor principal a Salvador Minuchin exponiendo sus conceptos acerca de familia, estructura familiar, ciclos vitales, la adaptación de la familia y los roles y funciones dentro del sistema. Se revisa también la propuesta de Hoffman (1987) acerca de los procesos de adaptación a los cambios tales como la homeostasis y la morfogénesis.

En el tercer capítulo se recoge la información acerca de violencia intrafamiliar. Para ello, se tomó como autor principal a Juan Luis Linares, quien describe la violencia como aquellas conductas que atentan con la integridad de otro y se pueden manifestar de manera física o psicológica, a manera de agresión o de castigo (Linares, Terapia Familiar Ultramoderna, 2012). Además, se hace un contraste entre la violencia y la enfermedad crónica, tomando en cuenta la importancia de los mecanismos adaptativos y los cambios

que se producen dentro del sistema familiar frente a los factores de riesgo para que se presente la violencia.

Posteriormente, en el cuarto capítulo se expone la información recabada, haciendo un análisis de los resultados de las diez entrevistas semiestructuradas aplicadas a cuidadores principales de pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer asistentes al Centro Médico Neurológico Neuromedicenter. Además se realiza la correspondiente contrastación teórica, entre los resultados observados mediante la investigación y los conceptos expuestos anteriormente.

Finalmente, se presenta la parte del documento en el que se propone las conclusiones y recomendaciones obtenidas a partir de la investigación realizada.

ABSTRACT

The present investigation aims to describe the correlation between the diagnosis and evolution of Alzheimer's disease and intra family violence, which can occur within the family as a response to the adaptation process. The study was carried out from a systemic approach and structured in four chapters. The first three chapters present a theoretical investigation of the research variables proposed. Subsequently, the fourth chapter analyses the results of the direct interviews done to the study subjects and the comparison between these findings and the theory.

The first chapter reviews Alzheimer's disease from a medical perspective. It begins with a definition of the disease, followed by a description of the symptoms, the evolution of the disease in a person and the different stages through which the person evolves. Afterwards, the chapter presents a synthesis of the possible medical treatments to which a patient can access. It also comprises a section that addresses some of the misconceptions that arise around the disease, the diagnosis, the symptoms and their evolution. Finally, the chapter reviews the ADI/BUPA proposal, made in 2013, about the incidence of Alzheimer's disease in Latin America and in Ecuador.

The second chapter presents a theoretical study about the family interaction and the life cycles through which it undergoes. The analysis is made based on Salvador Minuchin's concepts about family, family structure, life cycles, the adaptation of the family and the roles and functions within the family system. The chapter also reviews Hoffman's (1987) proposal about the processes of adaptation to changes, such as homeostasis and morphogenesis.

The third chapter systematizes information about intra-family violence. It references primarily Juan Luis Linares' work. The author describes violence as those behaviors that threatens the integrity of another person and can be demonstrated physically or psychologically; as an aggression or a punishment (Linares, 2012). In addition, the chapter analyses the contrast between violence and chronic disease. It takes into account the importance of adaptive mechanisms and the changes that occur within the family system in the face of risk factors for the occurrence of violence.

Subsequently, the fourth chapter synthesizes the information collected through interviews. It analyses the results of ten semi-structured interviews, applied to ten main caregivers of patients diagnosed with Alzheimer's disease, who are treated at the Neuromedicenter Neurological Medical Center. Additionally, the corresponding theoretical comparison is made between the results observed through the empirical research and the concepts previously presented.

Finally, the paper presents the conclusions and recommendations obtained through this research.

JUSTIFICACIÓN

La violencia ha estado presente desde el inicio de la sociedad y cultura humana; es conocida como un abuso de poder de una o algunas personas a un individuo o grupo, y se puede presentar en cualquier ámbito en el que se desarrolla la persona (laboral, familiar, fraternal, etc.). El Ecuador actualmente está inmerso en el llamado Plan Nacional del Buen Vivir; dentro de este, se han creado diferentes objetivos con el fin de alcanzar la mayor satisfacción y equidad para la población ecuatoriana. Son doce objetivos y cada uno cuenta con un eje principal para ser cumplido. El objetivo número dos del PNBV promueve el reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos, en la diversidad, sin exclusión, con el objetivo de lograr una vida digna en cada aspecto de la persona. Dentro de la diversidad están incluidas todas aquellas personas sin tomar en cuenta su edad, religión, sexo, ni condición de salud en la que se encuentre.

En el objetivo número 6 el apartado 6.8 “Promover una cultura social de paz y la convivencia ciudadana en la diversidad” literal h. se propone promover y fortalecer el sistema de atención a personas que se encuentran en la tercera edad que son y han sido víctimas de abuso, discriminación y violencia. Toda persona pasa por el proceso de desarrollo, crecimiento y vejez, pero en algunos casos particulares estas etapas se presentan con variaciones como por ejemplo enfermedades; las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer conlleva síntomas que potencialmente cambiarán la dinámica familiar y el entorno del paciente, produciendo en muchos casos un brote de violencia en estos campos. De aquí que es primordial tomar en cuenta la importancia del estudio de estas dos variables (Alzheimer y violencia) para prevenir posibles manifestaciones de violencia que dañen la dinámica familiar, la familia y por ende que influyan en la calidad de vida del paciente (Senplades, 2013).

En la actualidad, la sociedad se ha formado una idea acerca de las prioridades de estudio en base a los intereses económicos de las masas, y aunque es necesario que se explote dicho campo, es necesario también priorizar el estudio destinado a favorecer la salud mental de las personas. Existen temas que son potencialmente más impactantes para unas personas que para otras, las enfermedades neurodegenerativas son una problemática que afecta a un porcentaje considerable de personas dentro de la sociedad, y en el momento

en que existe un miembro cercano a la familia con una enfermedad así, y cada uno de los miembros debe buscar mecanismos de adaptación a la nueva situación, aparece el interés por investigar, por conocer, por informarse y en muchos casos, por poder transmitir esta información para detener conductas como la violencia a manera de interacción debido al desconocimiento.

Dentro del enfoque sistémico se trata básicamente a la familia como un sistema cuyos miembros interactúan de forma dinámica entre sí, sus miembros son los participantes directos y cada uno de ellos, con sus problemáticas influyen en el funcionamiento del sistema. Ya que la enfermedad de Alzheimer está relacionada directamente al cambio de conducta del individuo diagnosticado, ésta también influirá en el sistema, provocando cambios en su funcionamiento y su interacción, y produciendo en muchas ocasiones manifestaciones poco saludables como la violencia. La enfermedad de Alzheimer ha sido investigada en muchos aspectos, aunque en general se ha tratado a la persona individualmente, por ello es importante saber intervenir de manera eficaz desde un enfoque global, tomando en cuenta una perspectiva familiar para así poder evitar potenciales manifestaciones de violencia dentro de la dinámica de la familia y así proteger a cada uno de sus miembros.

1. INTRODUCCIÓN

Según los datos expuestos por la ADI (Alzheimer's Disease International) entidad internacional dedicada al estudio de la Enfermedad de Alzheimer, en América Latina en el año 2010 existía un aproximado de 35,6 millones de personas en el mundo con algún tipo de demencia, cifra que según estadísticas se podría duplicar cada 20 años. En el informe de 2013 de la ADI se menciona que los países donde existe mayor prevalencia de demencia son aquellos que cuentan con ingresos económicos menores. En el Ecuador específicamente existía un aproximado de 74.000 casos de demencia para el año 2010 y se proyecta un aumento al doble de esta cifra para el año 2030 (ADI/BUPA, 2013). Ya que la expectativa de vida aumenta con el pasar del tiempo, lo más probable es que la Enfermedad de Alzheimer también eleve su incidencia; al ser una enfermedad que afecta a la persona diagnosticada en sí mismo, en su personalidad y en su forma de desenvolvimiento con el entorno deteriorando paulatinamente su capacidad de desenvolvimiento independiente ante las demandas cotidianas, el Alzheimer se convierte en un reto de adaptación para la persona y su familia.

El Alzheimer es una enfermedad crónica debido a que no existe un tratamiento que tenga como objetivo la cura de ésta, sino que todos los tratamientos se enfocan en ayudar a disminuir los síntomas y a brindar calidad de vida para el paciente y su familia. Debido a esto, el Alzheimer representa un reto de adaptación para todos los miembros del sistema en el que se incluye el paciente diagnosticado. La violencia surge en ocasiones a partir de un mecanismo no adaptativo hacia cambios que presenta el sistema como por ejemplo una enfermedad crónica.

La investigación fue llevada a cabo en el Centro Médico Neurológico Neuromedicenter durante un año, con el apoyo de la directora del centro Dra. Liseth Duque y el personal que ahí labora. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas a familiares de personas diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer que se dedican al cuidado de los mismos.

La pregunta que guió la investigación fue: ¿Cómo incide el diagnóstico y desarrollo de la enfermedad de Alzheimer dentro de la dinámica familiar y la violencia intrafamiliar?

La línea teórica utilizada para la realización de la presente disertación fue la Teoría Familiar Sistémica, de la cual se tomaron como base los conceptos de dinámica familiar y ciclos vitales entre otras. Además se estudiarán los conceptos alrededor de violencia, sus tipos y manifestaciones. Todo este material teórico se contrastó con la información obtenida a través de las entrevistas aplicadas.

2. Enfermedad de Alzheimer

2.1.Introducción.

Alois Alzheimer en 1906 describió por primera vez los síntomas de lo que ahora se conoce como Enfermedad de Alzheimer (EA), basándose en el análisis de los síntomas de su paciente Auguste D., quien a sus 51 años manifestó celotipia, deterioro progresivo de la memoria, entre otros síntomas, y quien además, al finalizar su vida desarrolló un cuadro demencial en el cual se incluía síntomas como desorientación, afasia, apraxia, agnosia y consecuentemente incapacidad para desenvolverse en las actividades cotidianas (López, 2010, pág. 143).

En este tiempo, el interés en la Enfermedad de Alzheimer era escaso debido a que únicamente se conocía acerca de la existencia de la demencia senil, por lo cual, los investigadores y personas afines al tema atribuían el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer a una fase anterior a la demencia senil (Carrasco, 2006, pág. 284).

Años después en 1910 Emil Kraepelin la denominó Enfermedad de Alzheimer al ser detallada su descripción en la octava edición del *Kompendium der Psychiatrie* (López, 2010, pág. 143).

Se realizaron variados estudios en las décadas de los años 50 hasta los años 80, en ellos, el avance en cuanto al conocimiento de la enfermedad fue bastante significativo, incluyendo el desarrollo de clasificaciones y algunos criterios diagnósticos (Carrasco, 2006, p. 284).

A mediados del siglo XX la frecuencia con la que se presentaba la enfermedad era muy baja, sin embargo, paulatinamente se ha convertido en un tema que adquiere cada vez mayor importancia, siendo considerada la Enfermedad de Alzheimer actualmente un problema sociosanitario relevante debido a las consecuencias sociales y económicas que representa. El incremento de las personas diagnosticadas con la enfermedad se debe a que en la actualidad el promedio de vida de una persona es mucho mayor ya que ha disminuido significativamente la mortalidad de la población (López, 2010, pág. 143).

Se estima que a medida que pase el tiempo la cantidad de personas que se verán afectadas con EA irá creciendo significativamente, lo cual, a futuro, debido a los síntomas

de la enfermedad, representaría un impedimento en el alcance de una vejez digna y satisfactoria (López, 2010, pág. 143).

2.2. Definición de la enfermedad.

Actualmente la demencia es definida como un síndrome adquirido, el cual se presenta por diversas causas; se caracteriza por manifestarse en la persona con síntomas y signos que producen un deterioro permanente y persistente de las funciones cognitivas, entre ellas la memoria. Con frecuencia se produce manifestaciones de algunos trastornos psiquiátricos los cuales se dan sin que la persona experimente una alteración en el nivel de conciencia, pero sí afectando al desenvolvimiento social y ocupacional (Carrasco, 2006, pág. 285) (López, 2010, pág. 143).

La Enfermedad de Alzheimer debido a sus primeras manifestaciones en la persona se la clasifica dentro de las demencias corticales, las cuales se caracterizan por afectar aquellas funciones que dependen del neocórtex; entre los síntomas que se presentan están: alteraciones en la corteza sensorial y motora, lo cual conllevaría al déficit de atención y agnosia, alucinaciones, apraxia, afasia, amnesias y también alteraciones en el comportamiento del sujeto (Carrasco, 2006, pág. 286).

La Enfermedad de Alzheimer se caracteriza por una progresión lenta y sin síntomas aparentes, conlleva un proceso de deterioro cognitivo y funcional al cual con el pasar del tiempo se asocian cambios en el estado anímico de la persona y adicionalmente pueden presentarse alteraciones psicóticas y de la conducta (López, 2010, pág. 143)

Es conocido que la Enfermedad de Alzheimer contiene un componente genético, Alberca y López en “Enfermedad de Alzheimer y otras demencias” describen que hasta un 25% de todos los casos de Alzheimer contienen un componente familiar. El 95% de estos casos presentan síntomas y manifestaciones a partir de los 65 años de edad, lo cual es denominado formas de inicio tardío. Y el restante 5% presentan formas de inicio temprano; es decir sus síntomas se presentan antes de los 65 años (López, 2010, pág. 144)

La Enfermedad de Alzheimer está clasificada dentro de las enfermedades degenerativas, esto quiere decir que dentro de la enfermedad se produce un proceso patológico donde se manifiesta una pérdida de neuronas en el cual no se reconocen causas de tipo inflamatorio o vascular. Es importante señalar, que aunque se ha asociado el

término degenerativo como incurable o progresivo, en la definición de la Enfermedad de Alzheimer se refiere únicamente a lo mencionado anteriormente (Carrasco, 2006, pág. 287).

2.3. Síntomas y evolución de la Enfermedad de Alzheimer.

Martín Carrasco en “Psiquiatría Geriátrica” detalla en la tabla 12-5 cuáles son las características evolutivas de la Enfermedad de Alzheimer, en ella se describen tres etapas o estadios por las que pasa la persona, cada una de las etapas conlleva un cambio principalmente en ocho aspectos de la persona (memoria, habilidades visuoespaciales, lenguaje, praxias, cognición, personalidad, sistema motor y síntomas psiquiátricos); a continuación, se describirá cada uno de los estadios y funciones y de qué manera se ven afectados durante la evolución de la enfermedad:

Estadio I (1-3 años de evolución).

Memoria: Se presenta un déficit de aprendizaje, la memoria implícita, que es aquella que se encarga del procesamiento de la información inconsciente, automática y que no necesita de recursos de procesamiento como por ejemplo recordar qué mantel está puesto en una mesa (Martín, 2006, pág. 42) es conservada, evocación remota puede estar o no alterada, y depende de cada caso el nivel de alteración de esta.

Habilidades visuoespaciales: Se presenta dificultad para localizar de manera adecuada una sensación percibida en el cuerpo del paciente (atopognosia) (García, 2011).

Lenguaje: Se presenta una leve dificultad para recordar los nombres de las cosas (anomia discreta) (RAE, 2001); el discurso de la persona se ve disminuido en cuanto a su fluidez y además se presenta una repetición de manera involuntaria y considerada patológica de una misma frase o respuesta a distintas preguntas; se puede presentar también en acciones, con lo cual el paciente continua ejecutando una actividad por mayor tiempo del apropiado (perseveraciones) (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 743).

Praxias: No se observan alteraciones en esta etapa.

Cognición: Se presenta una pérdida en la capacidad de introspección por parte de la persona.

Personalidad: Se presenta una falta de interés o indiferencia en general por parte de la persona, además de irritabilidad y falta de iniciativa.

Síntomas psiquiátricos: Pueden presentarse síntomas de depresión, ansiedad e inclusive ideas delirantes.

Sistema motor: No se presentan alteraciones en esta etapa.

Estadio II (2-10 años de evolución)

Memoria: Se presenta déficit en la capacidad de evocación reciente y remota.

Habilidades visuoespaciales: Se presenta una incapacidad para coordinar movimientos, en este caso específico se refiere a movimientos destinados al ensamblaje o construcción; no es a causa de parálisis (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 61) (apraxia constructiva) y además desorientación espacial.

Lenguaje: Se presenta una pérdida de la comprensión y además una afasia mixta o global, caracterizada por la pérdida en la capacidad de comprensión auditiva, de repetición, de denominación, de lectura, escritura y del habla (Junqué & Barroso, 2009, pág. 145).

Praxias: Se presenta una alteración en la coordinación espacio – temporal de los movimientos intencionados de brazos, manos y dedos; puede presentarse una orientación postural anormal, sin embargo en la mayor parte de casos es posible reconocer cual es el objetivo del movimiento (apraxia ideomotora) (Junqué & Barroso, 2009, pág. 194) y además, pérdida de espacio especular.

Cognición: Se presenta un tipo de afasia denominada acalculia, la cual se caracteriza por imposibilitar a la persona a realizar operaciones aritméticas sencillas (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 6) el enfermo además empieza a experimentar un déficit del pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio.

Personalidad: Al igual que en las fases anterior, las personas pueden presentar indiferencia e irritabilidad constante.

Síntomas psiquiátricos: Se presentan ideas delirantes, apatía y agresividad.

Sistema motor: Se presenta deambulación, inquietud y tendencia a hiperextensión lo cual se refiere a la extensión más allá del límite normal de una parte del cuerpo de la

persona (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 452) o sedestación, término que refiere la posición con el torso erguido y las nalgas reposando sobre una superficie como una silla, camilla, o cualquier área que brinde apoyo (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, pág. 1466).

Estadio III (8-12 años de evolución)

Memoria: Se presenta deterioro grave y desorientación personal.

Habilidades visuoespaciales: Se presenta deterioro grave.

Lenguaje: Se presenta la repetición involuntaria de una especie de eco o palabras o frases carentes de sentido denominada ecolalia (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 284); también se puede presentar un trastorno caracterizado por la repetición involuntaria de frases denominado palilalia o palifrasia (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 718); es posible así mismo que se presente el trastorno denominado logoclonía, el cual se caracteriza por producir en la persona una repetición de las últimas sílabas de una palabra o en su caso, de las últimas palabras dentro de una oración o frase (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, pág. 1013); incapacidad para crear un habla clara trastorno denominado disartria y en algunos casos mutismo (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 272).

Praxias: Se presenta apraxia ideomotora y un desconocimiento por parte del paciente sobre su propio cuerpo o algunas partes de él (asomatognosia) (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, pág. 170)

Cognición: Se presenta deterioro grave.

Personalidad: Se presenta una desintegración general de la personalidad.

Síntomas psiquiátricos: Se presenta vociferación.

Sistema motor: Se presenta una excesiva tensión en algunos músculos o inclusive en arterias este trastorno se denomina hipertensión (Dox, Melloni, & Melloni, 2005, pág. 456), conductas de imantación es decir, el paciente se imanta o magnetiza (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, pág. 898), reflejos primitivos tales como succión o prensión, rigidez en las extremidades y posturas en flexión (Carrasco, 2006, pág. 289).

Es importante destacar que debe transcurrir bastante tiempo para que la persona pase de un estadio a otro (Serrano, 2010, pág. 202).

2.4.Diagnóstico.

El diagnóstico específico de la enfermedad de Alzheimer se realiza mediante la metodología clínica que se utiliza para diagnosticar demencia, es decir, se realiza una evaluación completa e integrada que incluye información proporcionada por la historia clínica del paciente, por una persona allegada confiable y por exámenes y pruebas clínicas; dentro de esta información se debe tomar en cuenta si el paciente presenta deterioro cognitivo, si existe o no la presencia de trastornos psicológicos o conductuales, aspectos de desenvolvimiento de la vida cotidiana y de la realidad social del paciente, datos de la exploración física y neurológica, resultados de test neuropsicológicos, exámenes de laboratorio y estudios de neuroimagen (Fuentes, 2007, pág. 23).

Como en todas las enfermedades existen criterios diagnósticos que determinan la existencia o ausencia de la enfermedad en la persona, en el caso de la Enfermedad de Alzheimer, los criterios más utilizados son los desarrollados por el grupo NINCDS (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke), aunque actualmente también se recomienda tomar en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV (Serrano, 2010, pág. 199). La veracidad del diagnóstico de estos criterios depende de algunas variables, entre ellas está la frecuencia con la que asiste el paciente, la edad de la persona y la existencia de comorbilidad. Según estos criterios la Enfermedad de Alzheimer es diagnosticada por exclusión, ya que inicialmente se busca descartar las otras demencias por medio de estudios complementarios. Existen exámenes que se realizan únicamente cuando existe un objetivo determinado y se presentan situaciones clínicas concretas (Serrano, 2010, pág. 200).

Román Alberca Serrano en el libro Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el capítulo número 17, en la tabla 17-1 describe cuales son los criterios diagnósticos resumidos de los criterios del grupo NINCDS están divididos en dos grupos:

Criterios clínicos para el diagnóstico: como primer punto está el diagnóstico de demencia determinado mediante un examen clínico, documentada mediante test generales tales como MMSE, Blessed, entre otros. Y por último, confirmada mediante el examen

neuropsicológico. En segundo lugar debe haber déficits que hayan sido demostrados por lo menos en dos áreas cognitivas. Como tercer punto está la presencia de empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones. Como cuarto punto muy importante está la ausencia de trastornos de la conciencia. El cuarto punto hace referencia a que la persona debe haber comenzado con la enfermedad entre los 40 y los 90 años. Y por último no puede haber presencia de otras enfermedades que pudieran explicar la demencia (Serrano, 2010, pág. 195).

Además, el diagnóstico debe estar apoyado por un deterioro progresivo de funciones específicas, como por ejemplo, afasias, apraxias, agnosias, etc., una incapacidad para desenvolverse en la vida diaria y desarrollar las tareas cotidianas, existencia de una historia familiar, y finalmente un diagnóstico normal en exámenes como el electro cardiograma, punción lumbar, etc., y en la tomografía cerebral se aprecia atrofia cerebral progresiva (Serrano, 2010, pág. 195).

Existen algunos modelos de presentación de la Enfermedad de Alzheimer, Román Alberca Serrano en el libro Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el capítulo número 17, en la tabla 17-4 describe las formas en las que se puede presentar y la manera en la que se manifiesta inicialmente:

- a) Forma de Enfermedad de Alzheimer típica, se manifiesta por la pérdida de memoria;
- b) Forma de Enfermedad de Alzheimer frontal, se manifiesta inicialmente por la alteración del comportamiento de la persona, además de apatía y bajo puntaje o rendimiento en test frontales;
- c) Forma de Enfermedad de Alzheimer disfásica, la persona presenta disfasia logopénica o de otro tipo;
- d) Forma de Enfermedad de Alzheimer dispráxica, se manifiesta con apraxia melocinética o ideomotora;
- e) Forma de Enfermedad de Alzheimer agnosia visual y alteración visuoespacial, el paciente presenta incapacidad para la lectura, para la identificación de objetos, para percibir más de una cosa al mismo tiempo y para orientarse en el espacio (Serrano, 2010, pág. 201).

Es importante tomar en cuenta que hay muchas enfermedades que pueden llegar a ser muy similares en cuanto a síntomas, pero se puede distinguir de la Enfermedad de Alzheimer si su eje principal no se centra en la memoria, al igual en caso de que la persona presente síntomas como trastornos en la marcha, esfínteres, alucinaciones, crisis epilépticas entre otras (Serrano, 2010, pág. 200).

2.5.Tratamiento.

El tratamiento que se brinda a las personas diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer es complejo, esto se debe a algunas razones, entre ellas está el hecho de que el tratamiento debe estar enfocado tanto en el paciente como en sus familiares o personas cercanas que se encuentren encargadas de su cuidado; los múltiples síntomas clínicos que se presentan pueden ser variables, por lo cual, a medida que avanza la enfermedad, el tratamiento debe ir evolucionando; la intervención se realiza de manera interdisciplinaria, con lo cual se corre el riesgo de que en algún momento existan conflictos entre los profesionales que se encuentran a cargo; al ser pacientes de edad avanzada la mayoría de ellos presenta más de una patología, y esto conllevaría eventualmente a un cruce de medicación entre las especialidades; durante la enfermedad y su evolución, el paciente puede requerir de diversas intervenciones clínicas, hospitalización, centros de día, atención primaria, etc. (Carrasco, 2006, pág. 301).

Martín Carrasco en “Psiquiatría Geriátrica” describe el tratamiento para la Enfermedad de Alzheimer por medio de diez fases: (Carrasco, 2006, págs. 301-302)

1. Establecer una alianza terapéutica con el paciente y su familia.
2. Realizar un estudio diagnóstico completo y remitir al paciente a los cuidados médicos generales que pueden ser necesarios.
3. Establecer las medidas terapéuticas específicas teniendo en cuenta: a) el patrón sintomatológico del paciente. b) la posible eficacia dentro del conjunto de las áreas afectadas: cognitiva, funcional y conductual. c) la tolerancia y los efectos adversos, incluyendo la interacción con otros tratamientos.
4. Valorar y controlar el estado psicopatológico.
5. Determinar el lugar donde aplicar el tratamiento y la frecuencia de las visitas.

6. Vigilar la seguridad e intervenir cuando sea necesario (por ejemplo: suicidio, violencia, entorno seguro, fugas, etc.)
7. Aconsejar al paciente y a su familia respecto a actividades de riesgo, por ejemplo, conducir, manejo de armas, etc.
8. Educar al paciente y a su familia respecto a la enfermedad y a los tratamientos posibles.
9. Recomendar a la familia posibles ayudas para los cuidados y apoyo.
10. Orientar a la familia en cuestiones económicas y legales.

2.6. Conceptos erróneos.

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad que se puede presentar en cualquier persona sin distinción de nivel socioeconómico, grupo étnico, sexo, profesión u oficio. Es importante tomar en cuenta que como toda enfermedad causa temor en las personas, y aquellas que no se encuentran familiarizadas con el tema podrían incurrir en errores de pensamiento como los descritos por Marcela I. Feria en su libro “Alzheimer una experiencia humana”:

- Alteraciones en el sistema circulatorio: en la historia de la medicina existe un tiempo en el cual los médicos creían que la arterioesclerosis era la causante de todas las variantes de demencia senil que se conocían, pero la mayoría de pacientes con Enfermedad de Alzheimer mantienen una irrigación sanguínea cerebral normal, por ello se puede afirmar que la arteriosclerosis no tiene ninguna influencia en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer (Feria, 2005, pág. 56).
- La Enfermedad de Alzheimer se contagia: no es posible que una persona que haya sido diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer pueda contagiar a alguien a su alrededor, es posible que debido a la convivencia las personas que se encuentren cerca del paciente comiencen a percibir señales que se pueden interpretar como síntomas de la enfermedad, pero en realidad esto puede tener relación con el estrés que sufren los cuidadores y la familia (Feria, 2005, pág. 57).
- La Enfermedad de Alzheimer se debe a causas emocionales o paranormales: la Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad puramente orgánica, no tienen relación con el contexto en el que viva la persona (Feria, 2005, pág. 57),

- La Enfermedad de Alzheimer es consecuencia de cambios repentinos que realizó la persona antes del diagnóstico: existen situaciones por las cuales pasamos los seres humanos que pueden servir como detonante de la enfermedad. Pero siempre tuvo que haber existido con anterioridad la demencia en el organismo, la situación extrema es únicamente el desencadenante al llevar a la persona a una prueba que en muchos casos se vuelve demasiado difícil de sobrellevar (Feria, 2005, pág. 57)
- La Enfermedad de Alzheimer es la consecuencia del consumo de alcohol en exceso o de falta de vitaminas: existen demencias que son provocadas exclusivamente por la ingesta excesiva, frecuente y prolongada de alcohol y una nutrición deficiente, pero la Enfermedad de Alzheimer no es el caso (Feria, 2005, pág. 58)
- Las personas que son diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer no se dan cuenta de lo que sucede: está comprobado que en la Enfermedad de Alzheimer la persona nunca pierde la conciencia, en un inicio inclusive es posible que al sentir que las cosas han cambiado y que algo no está bien, el enfermo pueda caer en cuadros depresivos o ansiosos (Feria, 2005, pág. 59).

2.7.Enfermedad de Alzheimer en América y Ecuador

La Enfermedad de Alzheimer está incluida en las estadísticas generales de demencia en los principales organismos encargados de su investigación, en el informe ADI/BUPA del 2013 se estimaba que en el año 2010 existían un total de 35,6 millones de personas en el mundo con algún tipo de demencia, cifra que posiblemente se duplicará cada 20 años. En el informe ADI/BUPA se menciona también que los países con mayor prevalencia de demencia son aquellos que cuentan con ingresos económicos menores, en realidad, hasta el año 2010, el 58% de los casos de demencia se encontraban en dichos países, además se estima que para el año 2050 el porcentaje de casos aumente al 71% (ADI/BUPA, 2013, pág. 5).

En el Ecuador para el año 2010 se estimaba una cifra de 74.000 casos de demencia, y se proyectaba que para el año 2030 la cifra sería mayor al doble de la de ese año, es decir aproximadamente 166.000 casos de demencia (ADI/BUPA, 2013, pág. 12). Se estima que para el año 2050 las cifras de demencia aumenten en el área andina (incluyendo a Ecuador) aproximadamente un 445%, y en Norteamérica un 151%, la diferencia se basa en el estilo

de vida de la población y el diferente ritmo de envejecimiento que presentan (ADI/BUPA, 2013, pág. 11)

En el año 2010, la ADI realizó una investigación en la cual se arrojó cifras que describían que el costo mundial de la enfermedad es de aproximadamente 604.000 millones de dólares, dentro de esta cifra están incluidos todos los gastos que tendría que asumir una persona con la enfermedad, siendo divididos en costos indirectos o informales, los cuales se refieren a las horas de asistencia no remunerada que recibe el paciente por parte de amigos, familiares, vecinos, etc. Y además están los costos directos, que son aquellos que cubren las necesidades médicas, y necesidades sociales (remuneradas) (ADI/BUPA, 2013, pág. 6).

En la actualidad no existe cura para ningún tipo de demencia ni tratamientos que puedan frenar su progreso, las intervenciones que se brindan se centran en ayudar al paciente y a su familia a disminuir los síntomas y mantener un estilo de vida de calidad para ellos y el paciente (ADI/BUPA, 2013, pág. 5).

3. Interacción familiar y ciclos vitales

3.1. La familia

El término familia es universalmente utilizado para definir distintos escenarios dependiendo de la perspectiva desde la cual se la vea. Dentro de la psicología, y debido a la extensa presencia de escuelas y enfoques psicológicos, existen variadas definiciones que se le atribuyen. Una de las ramas de la psicología que más centra su atención en la familia y el contexto familiar es el enfoque sistémico.

Salvador Minuchin es uno de los autores de enfoque sistémico que hace referencia al término familia, en uno de sus libros lo conceptualiza mencionando que “La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo” (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 39). La familia es el núcleo de la sociedad donde se replican las conductas que deben ser aprendidas y conocidas por las personas en su infancia para posteriormente poder convivir socialmente, es por ello, que las familias difieren en gran medida de acuerdo a la cultura en la cual se encuentran inmersas. Sin embargo, como menciona Minuchin las familias son el soporte para todos sus miembros en cuanto a las fases por las cuales debe pasar cada persona individual y grupalmente a medida que van creciendo y desarrollándose. Así lo menciona Minuchin junto a Charles ORTI en otro de sus textos: “La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio...” (Minuchin & Fishman, 1983, pág. 25).

La familia realiza diversas funciones en cuanto a la persona y su desarrollo. Cada ser humano que forma parte de una familia se ve a sí mismo como una unidad, una estructura individual en interacción con otras estructuras individuales, Minuchin y Fishman mencionan que el ser humano está consciente y sabe que tanto su conducta influye en la conducta de otros individuos como la conducta de los otros puede influir en la suya propia. Detallan a la familia como un terreno al cual cada miembro conoce, este terreno esta regido por límites los cuales en ocasiones serán aceptados o cuestionados por algunos miembros (Minuchin & Fishman, 1983, pág. 25).

Minuchin y Fishman mencionan la importancia de tomar en cuenta a la familia como un organismo, más no únicamente como un sistema formado por subsistemas, la familia es en sí mismo una forma de vida. Esto es importante debido a que únicamente de

esta forma se puede entender que cuando uno de los subsistemas falla, todo el sistema se ve afectado (Minuchin & Fishman, 1983, pág. 26).

Salvador Garibay menciona también que es necesario comprender el entorno o contexto en el que se desenvuelve la persona para poder entender a la persona en sí, y tal como lo había mencionado Minuchin, Garibay hace énfasis en que el primer contexto en el que se desarrolla la persona es la familia, y ésta es determinada por las normas y reglas sociales de la cultura en la cual se encuentra. Según Garibay, la familia presenta una serie de principios, los cuales la persona incorpora algunos a su vida, puede ser a largo plazo o únicamente para ocasiones determinadas. La formación del individuo se produce gracias a la incorporación de dichos principios presentados por la familia y características propias de la persona (Garibay, 2013, págs. 1-3)

3.2. Estructura familiar

“La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 82). El sistema familiar funciona a través de pautas transaccionales, éstas se forman a partir de la repetición; a medida que las transacciones que se realizan entre los miembros de la familia se repiten se establece la pauta del cómo, cuándo y con qué personas está permitido relacionarse. Las pautas transaccionales están encargadas de regular la conducta que han de tener cada uno de los miembros de la familia, y están sostenidas por dos sistemas de coacción, el primero es el denominado genérico, este incluye aquellas reglas que rigen la organización familiar, es decir son reglas universales, no negociables. Por ejemplo el lugar que ocupan los padres e hijos en la jerarquía familiar de acuerdo al nivel de autoridad que poseen cada uno. El segundo sistema de coacción es idiosincrásico, y en él están incuidas las expectativas mutuas entre los distintos miembros de la familia. Dichas expectativas pueden tener su origen de manera explícita o implícita, pueden ser negociables y operan ante cualquier circunstancia con el fin de mantener la eficacia que brindan a la funcionalidad de la familia (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 83).

Las pautas transaccionales son las encargadas de mantener al sistema y pueden ser flexibles si la estructura lo requiere; existen también las pautas transaccionales alternativas,

estas pueden ser usadas en ocasiones en que el sistema lo requiera, pero siempre se reestablecerá el nivel habitual cuando se pase el umbral de tolerancia del sistema. Existen también situaciones de desequilibrio dentro del sistema, en este caso, es común que los miembros de la familia estimen que otros miembros no están cumpliendo con las reglas y tareas específicas. Por lo anterior es posible que aparezcan requerimientos en cuanto a lealtad y culpabilidad dentro del sistema (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 83).

Debido a que la familia pasa por distintas etapas durante el desarrollo y crecimiento de cada uno de los miembros, es importante que exista una variedad de pautas transaccionales, que estén a disposición pautas transaccionales alternativas y que exista la facilidad de intercambiarlas en caso de ser necesario. Es importante tomar en cuenta que esto es lo que ayudará al sistema a mantener el equilibrio dentro de la familia cuando el reto requiere una adaptación; en ocasiones la familia se encontrará ante situaciones que pongan a prueba su capacidad de transformarse debido a nuevas situaciones (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 84).

El sistema familiar se sostiene en base de los subsistemas que lo integran, dichos subsistemas pueden estar conformados por una sola persona o por diadas entre sus miembros, además estos pueden estar compuestos de acuerdo a generación, género, intereses comunes o la función que desempeñan. Minuchin menciona que cada uno de los miembros puede pertenecer a distintos subsistemas en los cuales posee distintos niveles de poder y desempeña funciones diferentes (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 84).

Con fines explicativos Salvador Garibay enumera los componentes de la estructura familiar de la siguiente manera:

1. Miembros: se refiere principalmente a padres e hijos, los cuales conforman la familia nuclear, se pueden incluir a tios o abuelos únicamente en caso de que estos tengan una convivencia significativa con ellos (Garibay, 2013, pág. 36)
2. Demandas funcionales: son aquellas expectativas que se instauran entre los miembros de la familia, pueden ser explícitas o implícitas; cada miembro espera algo de los otros miembros y de la relación con ellos, de esta manera el esposo

espera algo de la esposa, del matrimonio y de sus hijos, de igual forma la esposa, y los hijos de acuerdo a su estatus de hijos (Garibay, 2013, pág. 36).

3. Pautas: como ya se había expuesto en un párrafo anterior, las pautas son los comportamientos repetitivos con los cuales los miembros interactúan, estableciendo de esta manera cuándo y con quién relacionarse y a su vez apuntalando el sistema (Garibay, 2013, pág. 36).
4. Reglas: Son las encargadas de regular la conducta, las formas de interacción y también favorecen el desarrollo tanto de pautas transaccionales como de la estructura. Son también definidas como pactos de relación capaces de prescribir y limitar la conducta de los miembros en las diferentes áreas de contenido con el objetivo de organizar su interacción en un sistema suficientemente estable (Garibay, 2013, pág. 37)
5. Límites: Son aquellas reglas que definen qué miembros de la familia participan en un aspecto en particular y de qué manera lo hacen, su objetivo principal es proteger la diferenciación dentro del sistema. Este tema se amplificará en el punto 2.5 de este capítulo (Garibay, 2013, pág. 38).
6. Funciones: Existen dos funciones principales de la familia, la primera es interna, y se trata de brindar una protección psicosocial a cada uno de sus miembros; la segunda es externa y se trata de la presentación y acomodación de los miembros a la cultura en la cual se desarrolle la familia (Garibay, 2013, pág. 38).
7. Roles: Es la reunión de todas las expectativas y normas que el resto de los miembros de una familia tienen en cuanto a la conducta y ubicación de uno de sus miembros (Garibay, 2013, pág. 39).
8. Alianzas y coaliciones: Las alianzas se producen cuando dos o más miembros de la familia pactan llevar a cabo cualquier proyecto que excluya a otro miembro, esto se da de acuerdo a las coincidencias que existan entre los miembros; por ejemplo, madre e hijo pueden pactar ir de compras al centro comercial, excluyendo a su padre. Las coaliciones en cambio se producen cuando dos o más personas se juntan en un proyecto en contra de un tercero. En este caso se puede ver involucrada la jerarquía de los miembros de la familia, ya que en ocasiones, el miembro es excluido de la toma de decisiones que originalmente le corresponden. Por ejemplo,

una madre confabula con su hija para restar autoridad al padre o exigir privilegios para una de ellas que pueden llegar a ser ventajas para ambas (Garibay, 2013, pág. 39).

9. Triangulación: “Se entiende como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas, con inclusión de una tercera” (Garibay, 2013, pág. 39).

La adaptación de la familia

La familia se enfrenta a diferentes etapas desde su conformación, más adelante se detallará con exactitud cuáles son las etapas por las cuales la familia debe pasar según su desarrollo; debido a la evolución de los propios miembros, subsistemas y a presiones externas, la familia se ve en la obligación de acomodarse a las nuevas situaciones que se van presentando y para que esto sea posible los miembros de la familia deben responder a transformaciones constantes de sus posiciones dentro de la familia, dando lugar al crecimiento normal de todos los miembros en tanto la familia conserva su continuidad (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 93).

El proceso al que se enfrenta la familia será de cambio y continuidad constante, y debido a esto se presentarán diferentes dificultades para acomodarse a aquellas situaciones inevitables, lo cual es normal; únicamente se debe considerar patológico el momento en el que al enfrentarse a tensiones la familia incrementa la rigidez en sus pautas y límites y además evita la exploración de nuevas opciones. Minuchin (2009) menciona cuatro fuentes posibles que pueden originar el estrés sobre un sistema familiar, para este estudio se tomará en cuenta únicamente la última de ellas denominada: “Estrés referentes a problemas de idiosincrasia”; esta fuente detalla la situación en la que una familia se puede ver envuelta al enfrentar la enfermedad de uno de sus miembros, ya que al tratarse de una enfermedad de gravedad, será necesario que algunas de las funciones que dicho miembro cumplía y parte o la totalidad de su poder sean asumidos por otros miembros de la familia; en este caso se estaría produciendo una redistribución de funciones, para lo cual se requiere una adaptación de la familia (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 100).

3.3. Ciclo vital familiar

Según Salvador Garibay en su libro “Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar.” Define a la estructura familiar como: “Es un sistema socioeconómico abierto en permanente proceso de conservación y transformación, el cual muestra un desarrollo que se desplaza a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración” (Garibay, 2013, pág. 36).

Existen variadas clasificaciones acerca de las etapas por las cuales pasa una familia, desde que se forma hasta que sus miembros fundadores fallecen. Es un proceso de desarrollo que únicamente presentará dificultades si es que existe algún tipo de perturbación en su curso. La familia se deberá adaptar de acuerdo a los procesos de cambio y evolución de cada uno de sus miembros; Jay Haley (2007) propone un esquema de algunas etapas por las cuales pasan las familias y es el siguiente:

El período de galanteo

Los seres humanos tienen en común con los animales algunas etapas en el desarrollo; de esta manera la etapa de galanteo, la procreación, la construcción del nido, la crianza de los hijos y su posterior independencia para la formación de nuevas familias forma parte tanto de personas como de animales, pero existe una diferencia ya que al ser seres socialmente más complejos, los seres humanos, son la única especie que cuenta con parientes políticos. En este periodo la persona puede establecer su propio espacio en relación con los otros y de ser el caso elegir un compañero de vida, para ello deberá pasar por la etapa de aprendizaje en cuanto a cómo galantear exitosamente, una persona que no aprenda el proceso o no logre aplicarlo con éxito será desplazado al área de “desecho” (término usado por Haley para hacer referencia a un lugar imaginario en el cual se posiciona la persona que ha llevado a un segundo plano la idea de independizarse de sus padres para formar su propio hogar) y esto puede deberse a que la persona nunca pudo desligarse lo suficiente de su familia de origen como para elegir pareja y formar su nido. En otros casos esta etapa puede ser usada como una salida temprana o emergente del hogar. En cualquiera de los casos, tanto si se evita el matrimonio como si se lo usa como una salida, las razones serán intrínsecas a la familia (Haley, 2007, págs. 36-41) .

El matrimonio y sus consecuencias

Haley (2007) describe al matrimonio como el ritual por el cual cada miembro de la pareja deja de ser soltero y pasan a formar parte de un hogar nuevo, en el cual en primera instancia serán ellos los integrantes. En esta nueva etapa la pareja debe realizar una cantidad de acuerdos que son necesarios para vivir de manera armoniosa su asociación; de igual manera la pareja deberá desarrollar maneras de encarar los desacuerdos que se presenten en dichas negociaciones. Las decisiones de una pareja recién casada están en parte influenciadas por la manera en que cada uno aprendió a negociar y tratar las dificultades en sus familias de origen. Pero también se verán afectadas por alianzas que mantengan con sus padres (Haley, 2007, págs. 41-44).

El nacimiento y el trato con los hijos

El nacimiento de los hijos plantea para la pareja nuevos retos en cuanto a su interacción y en algunos casos puede desestabilizar negociaciones antiguas. La pareja también se aleja en mayor medida de sus familias de origen ya que al ser padres se aíslan más de su rol como hijos. La pareja debe construir un espacio dentro de la relación para un tercero y se va enfrentado al reto de construir pautas de crianza para el nuevo miembro. Además en esta etapa se estrechan vínculos con las familias de origen de cada uno, ya que se forman abuelos, tíos, etc. (Haley, 2007, págs. 44-49).

Dificultades matrimoniales del periodo intermedio

Esta etapa suele relacionarse con el equilibrio de la familia, en esta etapa generalmente la pareja puede realizarse y disfruta del éxito por separado y conjuntamente, los hijos están en pleno desarrollo siendo más independientes que en etapas anteriores. La pareja tiene relaciones estables con su medio externo, tanto con la familia extendida como con un círculo de amigos. A medida que los hijos crecen las pautas transaccionales deben cambiar e ir evolucionando según su desarrollo, cuando esto no ocurre se pueden producir las crisis. En esta etapa las dificultades aparecerán sin que exista un miembro demás que aparezca o un miembro que abandona la familia, además la resolución de conflictos será más compleja que en etapas anteriores debido a que en esta etapa las pautas se encuentran establecidas (Haley, 2007, págs. 49-52).

El destete de los padres

Esta etapa se da cuando los hijos comienzan a irse, en un inicio la pareja se puede ver afectada y desestabilizada, pero a medida que pasa el tiempo, los padres deben desarrollar una nueva forma de relación como pareja. Los padres se ven enfrentados al reto de dejar ir a cada uno de sus hijos y posteriormente al ser el caso, adaptarse a nuevos roles como por ejemplo el de ser abuelos (Haley, 2007, págs. 52-56).

El sufrimiento de la vejez

Esta etapa se produce una vez que los padres han permitido la separación de los hijos del hogar, la pareja se ve involucrada en nuevas crisis como la jubilación de cada uno de los miembros del matrimonio, en esta etapa la familia se puede ver frente a la necesidad del cuidado de uno o de ambos miembros del matrimonio, siendo que se queden en el hogar o sean llevados a algún lugar de cuidado específico de ancianos (Haley, 2007, págs. 56, 57).

3.4. Límites o fronteras

“Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera” (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 84). Existen tres subsistemas dentro de una familia: subsistema conyugal, parental y fraterno y su función principal es la de regular la interacción. El subsistema conyugal se forma a través de la unión de dos adultos con el propósito común de formar una familia y es necesario que exista una complementariedad y una acomodación mutua entre los esposos, en otras palabras, los esposos deben apuntalar las acciones de su pareja en diversas áreas. En este subsistema es importante que cada uno de los miembros esté dispuesto a ceder parte de su individualidad para lograr formar un sentido de pertenencia, esto siempre y cuando al ceder no sienta ninguno de los miembros que ha sido vencido por el otro (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 88). El subsistema parental se forma desde el momento en el que nace el primer hijo; en esta etapa los padres deben diferenciar las funciones que tienen con sus hijos y el espacio que tienen como pareja, además es importante que el subsistema evolucione según la maduración de los hijos, ya que éstos van presentando necesidades distintas en cada etapa de su desarrollo (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, págs. 90-92). Por último esta el subsistema fraterno este es considerado por Minuchin el primer medio en el cual los niños pueden experimentar

relacionarse con sus iguales. El objetivo de este subsistema es enseñar a los niños a negociar, cooperar, competir, ser amigos, y lograr ser reconocidos por las habilidades que poseen (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, págs. 92-93).

Los límites tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema. Toda persona se ve enfrentada a demandas específicas que impone el sistema, la habilidad para responder a estas demandas se da por medio del desarrollo de las habilidades interpersonales dentro del subsistema, las cuales deben estar libres de interferencia de los otros subsistemas. Por ejemplo, los niños aprenden a negociar con los padres por medio de la enseñanza e interacción con sus hermanos, este proceso no podría concluir correctamente en caso de que los padres interfieran en él (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 85).

El funcionamiento familiar depende en gran medida del tipo de límites que se manejen dentro del sistema. Minuchin advierte que el correcto funcionamiento familiar se produce únicamente cuando los límites de los subsistemas son claros. Esto quiere decir que deben estar especificados de manera que los miembros de los subsistemas tengan la oportunidad de desarrollar sus funciones sin interferencias, pero a la vez permitir su interacción con los demás. Es importante recalcar que aunque la composición de los subsistemas puede variar en cuanto a sus miembros, si es que existe claridad en los límites, puede funcionar perfectamente bien, manteniendo las líneas de responsabilidad y autoridad definidas (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 86).

En el párrafo anterior se menciona a los límites claros, pero en realidad no son el único tipo de límites que existe, dentro de la teoría sistémica, se menciona tres tipos de límites: límites rígidos, límites flexibles (claros) y límites difusos. Los límites rígidos son aquellos en los que se genera una pérdida de integridad, generalmente los miembros de las familias que manejan este tipo de límites se separan y no existe unidad entre ellos; es posible que en muchos casos los niños de estas familias tengan problemas de conducta como fugas de la casa, robos, consumo de drogas, entre otras (Ortiz, 2008, pág. 195); además, la comunicación entre los subsistemas no se desarrolla con facilidad, y se ven perjudicadas las funciones de protección de la familia (Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2009, pág. 86). Los límites claros son aquellos que le dan la oportunidad al

sistema a que se adapte a las situaciones que se presenten de acuerdo a la manera en que avanza el sistema, además, como se menciona anteriormente son permeables al permitir la interacción de los subsistemas pero también el desarrollo individual de cada uno (Ortiz, 2008, pág. 195). Los límites difusos por su parte son aquellos que enfatizan la unidad familiar y restringen la interacción con el ambiente y no son fáciles de determinar (Ortiz, 2008, pág. 195).

3.5. Roles y funciones

Como se ha mencionado anteriormente en este capítulo, la familia es el primer contexto social en el cual se desarrolla una persona, y como en todo contexto en el cual participa un ser humano, es necesario que cumpla con algún tipo de función dentro del mismo. Genéricamente existen dos tipos de roles que son asignados por la sociedad:

El “instrumental”: implica un tipo de acción más explícita por la persona que lo realice o a quien se lo asigne; antiguamente era mayoritariamente concedido al género masculino. La persona que posea este rol debe hacer cosas como proveer de alimentos a la familia, encargarse de tareas como la reparación de ciertos instrumentos, etc. (Ortiz, 2008, pág. 199)

El segundo tipo es el “afectivo”: implica que la persona brindará un apoyo en el aspecto emocional y afectivo de los demás miembros del sistema (Ortiz, 2008, pág. 199). Debido a que la familia está configurada en base a la cultura y las costumbres históricamente determinadas de la sociedad en la cual se desarrolla, los roles que se asignarán a cada miembro también dependerán de estos factores, por ello la funcionalidad de la familia se precisará de acuerdo al cumplimiento eficiente de las funciones que sean asignadas a cada miembro, independientemente de cuáles sean asignadas a cada género.

3.6. Homeostasis y morfogénesis familiar

El sistema debe enfrentar diversos tipos de crisis durante su desarrollo; para que no existan inconvenientes en el mismo, existen procesos que permiten regularlo. El primero es el denominado morfostasis u homeostasis y determina que el sistema deberá mantener su equilibrio por medio de la constancia ante las circunstancias que se presenten y se configura por medio de la retroalimentación negativa. El segundo es el de la morfogénesis, en este cuando se presente una situación que altere el equilibrio del sistema este deberá cambiar su

estructura, y abarca una retroalimentación positiva. Ambos procesos pueden aumentar la supervivencia del sistema (Hoffman, 1987, págs. 57-59).

Como se menciona en el párrafo anterior la homeostasis que es el estado de constancia, está configurada por medio de la retroalimentación negativa la cual ayuda de manera directa a que las relaciones se mantengan estables; por otra parte la morfogénesis, configurada por la retroalimentación positiva lleva al sistema al cambio, lo cual conlleva una pérdida de estabilidad o de equilibrio. En los dos casos, el proceso que se lleva a cabo comienza en el momento en el que dentro de la cadena circular de sucesos del sistema se produce un evento que lo lleva a sacar una parte de sí mismo para luego nuevamente volver a introducirse en el sistema sirviendo de esta manera como informante acerca de dicha salida. En el caso de la retroalimentación negativa, la información llevada por la parte del sistema cuando se reintroduce es utilizada para disminuir la desviación de la salida en relación con una norma previamente establecida. Por otro lado, en el caso de la retroalimentación positiva, la información reintroducida es utilizada como medida para incrementar la desviación de la salida, por ello resulta positiva en relación a la posibilidad de inmovilidad y desorganización del sistema (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1995, págs. 29-33).

Debido a que la conducta de cada persona puede afectar en alguna medida a las personas a su alrededor y de la misma manera puede ser afectada por los otros, cada sistema interpersonal puede ser un circuito de retroalimentación (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1995, pág. 32). Por ello, la familia como sistema interpersonal, se verá enfrentado en las distintas etapas y sus respectivas crisis a adoptar el tipo de retroalimentación que mejor se ajuste de acuerdo a todas las condiciones que se encuentren alrededor.

3.7. Crisis familiares

“Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados” (Real Academia Española, 2001), esta es la definición de crisis expuesta por la Real Academia Española; dentro de la terapia sistémica también se menciona la existencia de crisis y al igual que la definición de la RAE es entendida como un momento de cambio el cual según Dorys Ortiz (2008) conlleva un componente con doble sentido, el de peligro y el de oportunidad, existen familias que

enfrentan las crisis de manera disfuncional y esto se convierte en un peligro, un ejemplo puede ser cuando un adolescente enfrenta la separación de sus padres por medio del consumo de drogas. Por otra parte, la crisis puede representar una oportunidad si es que ésta permite a la persona aprender de la experiencia que ha generado la crisis. Existen dos tipos de crisis a las que los individuos y las familias se ven confrontadas generalmente: crisis normativas y crisis paranormativas (Ortiz, 2008, pág. 232).

Las crisis normativas son denominadas de tal manera debido a que son las que “normalmente” deben ocurrirle a una persona o familia, son naturales y por lo general se espera a que sucedan en algún momento de la vida. Pueden estar relacionadas con cambios biológicos, psicológicos y sociales. Por ejemplo, cuando uno de los hijos conforma su hogar independientemente y debe abandonar su familia de origen, la crisis se presentará tanto para el miembro de la familia que se va como para los miembros de la familia que se quedan. En este caso es necesario que todas las partes cambien las pautas de interacción que se han acostumbrado a manejar para que se posibilite la adaptación (Ortiz, 2008, pág. 232).

Las crisis paranormativas son aquellas que en la generalidad no se espera que sucedan a lo largo del proceso vital, son fuentes que generan estrés y que se producen por eventos inusuales para la persona o la familia. Estas crisis pueden estar relacionadas con eventos catastróficos de tipo ambiental como terremotos, tsunamis, inundaciones, etc.; o también de situaciones de gravedad como pérdidas, enfermedades graves o crónicas, etc. (Ortiz, 2008, pág. 232).

Cada familia e individuo es diferente, su contexto, su cultura y el momento evolutivo en el que se encuentre determinarán en gran medida qué tipo de crisis está afrontando, es importante tomar en cuenta que el recuperar el equilibrio muchas veces requiere de grandes esfuerzos (Ortiz, 2008, pág. 232).

La familia tiene el reto de adaptarse a cada situación que se presente para poder mantener la funcionalidad de la misma, como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, este proceso de adaptación dependerá de diversos factores que se presentarán en el entorno del sistema; en el caso de familias que se enfrentan ante el reto de adaptarse a una situación en la cual uno de sus miembros es diagnosticado con una enfermedad crónica como el

alzheimer (crisis paranormativa) tendrá que reajustar todo el sistema a las nuevas necesidades de cada uno de los miembros, lo cual puede incluir cambios en la residencia, en las costumbres, en el número de personas que interactúan dentro de la casa, etc. Y a su vez, esto puede generar estrés en uno, vario o todos los miembros de la familia, llevándolo en casos extremos a una incapacidad para adaptarse a dichos cambios produciendo de esta manera un proceso patológico de adaptación en el cual incluso se podrían presentar conductas de violencia.

4. Violencia Intrafamiliar

4.1. Concepto de violencia intrafamiliar

Una vez que el ser humano logró asentarse en un lugar fijo gracias al descubrimiento de la ganadería y la agricultura, nacieron poco a poco las ciudades y junto con ellas, la civilización. En el proceso de desarrollo de la misma en el campo de trabajo, de especialidad, de exploración y explotación de los recursos, surgieron jerarquías, las relaciones de poder entre aquellos que ejercían y los otros que quedaban sometidos a ellos tomaron fuerza y se expandieron hacia toda la sociedad, llegando así a todos los grupos sociales, divididos por género, generación, estratos sociales, etnias, culturas, naciones, etc. (Linares, 2012, págs. 58-60).

Las relaciones se fueron codificando jerárquicamente; en síntesis, quien más poder poseía más arriba se situaba en la jerarquía, esto inevitablemente dio lugar a que el amor se vea interferido por el poder en las relaciones y de esta manera se origina el maltrato o violencia (Linares, 2006, págs. 14-18).

El amor es un fenómeno relacional complejo que incorpora elementos cognitivos y pragmáticos a los componentes emocionales. Existen, pues, un pensar, un sentir y un hacer amorosos que, dirigidos hacia la persona objeto de ellos, deben ser percibidos por esta como tales. (Linares, 2012, pág. 61).

De esta manera Linares (2012) define el amor, y denomina a todo este proceso como “nutrición relacional”. Debido a que se trata de un proceso subjetivo es también importante que todo este fenómeno que se produce en la persona sea percibido concientemente de la misma manera por el objeto de amor hacia el cual va dirigido.

Dentro del concepto de nutrición relacional se encuentra uno de sus componentes que es el “reconocimiento” descrito por Linares (2012) como el elemento cognitivo que consiste en “la aceptación de la existencia del otro” (Linares, 2012, pág. 62). Este elemento es realmente importante por diversas razones, una de ellas es que el momento en que la persona es conciente de que existe otro, su propia existencia se ve limitada. Cuando no existe esta conciencia del otro y se instaura permanentemente esta pauta de interacción, se convierte en “desconfirmación” fenómeno en el cual las necesidades de las demás personas

no son tomadas en cuenta individualmente sino a partir de las propias (Linares, 2012, pág. 62).

Otro componente cognitivo es la “valoración” el cual consiste en estimar las capacidades y cualidades de la otra persona aun siendo distintas a las propias. Cuando no existe este elemento aparece la “descalificación” término que enfatiza la falta de valorización que se manifiesta en actitudes como el racismo y en el cual el desprecio hacia personas diferentes se vuelve una condición necesaria para que la persona pueda autoafirmarse (Linares, 2012, págs. 62, 63).

Existen también componentes emocionales como la ternura y el cariño, estos son descritos por Linares (2012) como los más importantes dentro del contexto de padres e hijos. Estos elementos son expresados por medio de sentimientos de entrega y de disponibilidad hacia las demandas del otro. Cuando no existen estos sentimientos se produce la indiferencia o emociones inversas. El cariño y la ternura pueden ser afectados fácilmente en las relaciones, pero de la misma manera son los más fáciles de recuperarse (Linares, 2012, págs. 63, 64).

Otro componente muy importante en la nutrición relacional es la sociabilización, esto hace referencia al compromiso que hacen los padres para incentivar a que sus hijos interactúen dentro de la sociedad en la que se encuentran de la mejor manera; garantizando la protección y la normatividad: los padres protegen a los hijos frente a los riesgos de agresiones procedentes del entorno social. Y por medio de la normatividad se garantiza que los hijos también pongan su parte y respeten la sociedad en la que se desenvuelven (Linares, 2012, pág. 64).

Todos los componentes mencionados por Linares (2012) son básicos para que cualquier tipo de relación se alimente. Cuando algún componente está poco presente se manifiestan formas de interacción poco saludables o dañinas para el sistema y sus miembros. Es importante tomar en cuenta que el amor es percibido a través del conjunto de características que este posee, por ello, si algún componente falla, la percepción total cambiará.

El amor es el principal componente en las relaciones humanas, toda persona involucrada en cualquier tipo de relación se encuentra ante el dilema de hasta donde debe

llegar el amor y sus manifestaciones hacia los otros; al elegir amar, se elige también la intrusión, el dominio, el control y la violencia, debido a que en ocasiones se desempeña la violencia en nombre de los demás componentes. Y mientras más se intensifique el sentimiento de amor, mayor será el acercamiento hacia la violencia (Madanes, 1993, págs. 22, 23).

Finalmente la violencia tiene cabida en las relaciones cuando el amor ha sido interferido por el deseo de poder de alguno de sus miembros, la nutrición relacional ha dejado de alimentarse y en algunos casos cuando el sentimiento de amor se ha vuelto tan fuerte que en nombre de él se realizan actos violentos; de esta manera, cualquier comportamiento que se produce de manera intencional ya sea un acto o una omisión, que tiene como propósito ocasionar daño en otra persona y en el cual se transgrede los derechos del otro es violencia (Falcón, 2001, págs. 32-33).

4.2. Manifestaciones de violencia

“El maltrato es la conducta que, por acción u omisión, atenta contra la integridad psicológica o física de una persona. Cuando ello se produce en el contexto de la familia, hablamos de maltrato familiar, el cual, de acuerdo con lo que precede, puede ser psicológico o físico”. (Linares, 2012, pág. 65).

Existen dos formas esenciales en las que se presenta la violencia; como agresión, presente en relaciones de tipo simétricas es decir, aquellas en las que las partes involucradas luchan constantemente por mantener la igualdad en el estatus. Y la violencia como castigo, presente en aquellas relaciones de tipo complementarias, es decir, relaciones en las cuales las partes involucradas no tienen un estatus igual, sino que aceptan que existen diferencias entre sí e incluso las usan a su favor (Perrone & Nannini, 1997, págs. 57, 58).

La violencia como agresión se presenta de manera recíproca, en estos casos, las partes involucradas no diferencian quien posee más fuerza en un aspecto o en otro, sino que las fortalezas del uno pueden ser las debilidades del otro; además el nivel jerárquico se borra, ya que sea cual sea su posición las partes se enfrentarán de igual a igual por lo cual es una lucha bidireccional. En esta dinámica cada uno de los involucrados reconoce la existencia del otro, por lo cual el pronóstico para estos casos es muy favorable debido a que la identidad y la autoestima no se dañan (Perrone & Nannini, 1997, págs. 57-60)

La otra posibilidad es cuando la violencia se puede manifestar a manera de castigo, tortura, negligencia o incluso falta de cuidados; en ella una de las partes se posiciona en una condición superior al resto y se adjudica el derecho de inflingirle sufrimiento ya que aquel ser inferior se lo merece y debe recibirlo sin oportunidad de negarse o rebelarse. En este caso la violencia es unidireccional, generalmente todas las partes tienen una autoestima muy baja y la persona que ocupa la posición mas baja presenta afectación en su identidad ya que se le niega el derecho de ser “otro” y se le impone una imagen deseada por el agresor. En este tipo de violencia el pronóstico es reservado (Perrone & Nannini, 1997, págs. 60-62).

Ya sea que la violencia se manifieste como castigo o como agresión esta debe ser ejercida de cierta manera; existen algunas formas de violencia pero las principales y más comunes son la física y la psicológica.

4.2.1 Violencia psicológica

El maltrato psicológico dentro del plano familiar consiste en la adopción de pautas relacionales que no representan un peligro directo para la integridad física de la persona pero amenaza la madurez psicológica y la salud mental de aquel que se ve sometido al maltrato (Linares, 2006, págs. 18-22).

En este tipo de violencia no hay huellas visibles para terceras personas y únicamente la persona maltratada podrá definir y exponer cuál o cuáles son sus malestares; estos malestares además pueden desencadenar falencias físicas que afecten a la persona como insomnio, falta de apetito, ansiedad, gastritis, etc.; respuestas fisiológicas que tienen su origen en el plano emocional. Existe un sin número de armas que puede elegir el agresor para afectar a su víctima, entre ellas están: ofensas, gritos, ridiculización, silencio, aislamiento, amenazas, etc. Todas ellas tienen como objetivo dañar a la otra persona e incentivar en ella un sentimiento de inferioridad (Falcón, 2001, págs. 32-33).

Linares (2012), define a la violencia psicológica como: “...toda pauta relacional disfuncional que involucra miembros de una familia generando sufrimientos que comprometen el equilibrio psicológico y la salud mental de algunos de ellos.” (Linares, 2012, pág. 66).

En conclusión la violencia psicológica es un atentado en el plano relacional sin llegar a transgredir el cuerpo del otro; este tipo de violencia socialmente se ha minimizado debido a que se la ha relegado a ser la sombra del maltrato físico tomando a este último con mayor importancia porque como se menciona anteriormente la violencia psicológica no deja huellas corporales o visibles a simple vista. Es importante recalcar que la violencia física ha tenido siempre como antecedente la violencia psicológica, y que no existe ningún caso en el que se haya producido primero un evento de maltrato físico antes que el psicológico (Linares, 2012, págs. 65-68).

De esta manera, la violencia psicológica hace parte del diario vivir como una pauta relacional dentro del sistema. Cada uno de los miembros de la familia se ven afectados debido a que la dinámica familiar se vuelve violenta en sí misma, y a mediano y largo plazo afecta la forma de desenvolvimiento de cada miembro debido al condicionamiento de su comportamiento a razón de las agresiones.

4.2.2 Violencia física

La violencia física o maltrato físico es una pauta relacional que pone en riesgo o afecta la integridad, la salud o incluso la vida de una persona, la víctima en este caso se ve invadido en su cuerpo ya que el agresor va en contra de aquello que la persona aprueba o necesita. Al igual que la violencia psicológica la violencia física es una pauta relacional, no se trata de un episodio aislado o una simple agresión, sino de una forma de interacción entre los miembros del sistema. El maltrato físico se produce debido a situaciones que llevan al ser humano a convertirse en maltratador, es un fenómeno del plano relacional y para una intervención eficaz es necesario alejarse de actitudes prejuiciosas que pueden deshumanizar la actitud maltratadora (Linares, 2012, pág. 75).

El maltrato en cualquiera de sus formas tiene grados o matices, no es posible afirmar que todas las manifestaciones de maltrato tengan la misma gravedad, aunque todas deben ser objeto de atención. Linares (2012), expone dos tipos de maltrato físico: la negligencia y la violencia, dentro de esta última se encuentra la activa (física o sexual) y la pasiva. Las cuales se van a describir a continuación: (Linares, 2012, pág. 79).

Negligencia: es la forma de maltrato más común y en realidad es la más grave. Las familias que presentan negligencia suelen presentar una organización familiar caótica y son

vulnerables a la desestructuración. La negligencia se trata del incumplimiento en las funciones (como la desprotección), que cumple determinada persona frente a otra más vulnerable, por ejemplo padres frente a niños, hijos frente a padres ancianos o cuidadores frente a sus pacientes enfermos (Linares, Terapia Familiar Ultramoderna, 2012, págs. 87-89).

Violencia activa física: es la forma de violencia mayormente asociada a los problemas de pareja. Generalmente se produce en un contexto familiar de triangulaciones y en sistemas muy estructurados. Es una lucha por el poder que no se encuentra oculta sino más bien es bastante explícita y en ocasiones es exhibida ostentosamente; cuando una de las partes percibe que las dos partes restantes (de la triangulación) están aliadas se producen los episodios de violencia activa física. De esta manera se convierte en una pauta relacional y a la vez síntoma en estos sistemas. La violencia se perpetúa por parte de los miembros de la familia con posiciones jerárquicas superiores al ver amenazado su poder, encontrándose incapaces de actuar de otra manera (Linares, 2012, págs. 79-82),

Violencia activa sexual: es común que se presente tanto en familias altamente estructuradas como en familias negligentes. Puede ir desde tocamientos hasta penetración (Linares, 2012, págs. 82-86)

Violencia pasiva: en este tipo de violencia, el maltrato no lo ejerce un miembro de la familia nuclear, pero ésta no ejerce adecuadamente la función protectora y permite, o no evita que un elemento lejano la perpetúe (Linares, 2012, págs. 86-87).

Es importante tomar en cuenta que la familia no se mantiene estática y como se ha mencionado anteriormente pasa por etapas que le obligan a moverse y a hacer cambios en su dinámica para poder adaptarse y continuar siendo funcional; las crisis paranormativas pueden ser en muchos casos desencadenantes de cualquier tipo de maltrato, y una de ellas se evidencia en el Alzheimer, por ello es necesario tratarlas a tiempo ya que esta conducta se podría replicar y mutar de tal manera que las siguientes generaciones se apropien también de esta forma de relacionarse que convierte a uno de los miembros en maltratador (Linares, 2012, págs. 75-91)

4.3. La violencia y la enfermedad crónica

La palabra crónica es definida por la RAE (2017) refiriéndose a enfermedad como larga, habitual o que viene de un tiempo atrás (Real Academia de la Lengua Española, 2017). La OMS por su parte se refiere a las enfermedades crónicas como aquellas enfermedades que tienen una duración larga y generalmente la velocidad de avance en la persona es lento (Organización Mundial de la Salud, 2017). La APA (2017) sostiene que el mayor problema dentro de la enfermedad crónica es la incertidumbre a la que se ven expuestos quienes la padecen y las personas que se encuentran a su alrededor ya que podría ser temporal y desaparecer al pasar del tiempo, podría empeorar gradualmente o incluso podría ser permanente (American Psychological Association, 2017).

Generalmente las enfermedades crónicas obligan a los pacientes a hacer cambios en sus vidas y por ende (en la mayoría de casos) en la vida de sus familias; por ejemplo el cese de algunas actividades, limitaciones físicas, necesidades especiales e incluso el pago de medicamentos, tratamientos, personas especializadas, etc. (American Psychological Association, 2017). La Enfermedad de Alzheimer es un ejemplo de enfermedad crónica, como se ha explicado anteriormente los síntomas al pasar del tiempo van evolucionando y la persona que padece la enfermedad progresivamente necesitará de mayor ayuda por parte de quienes estén en su entorno.

Elisabeth Kübler-Ross es una de las autoras más reconocidas en cuanto al tema de la enfermedad crónica y muerte, en su libro “Sobre la muerte y los moribundos” (1993), explica algunos aspectos relacionados en cuanto al tema; es sabido que debido a los avances tecnológicos las tasas de mortalidad cada día son más bajas y las de natalidad más altas, y esto desemboca en la existencia cada vez mayor de ancianos y de personas que padecen enfermedades crónicas relacionadas con la vejez (Kübler-Ross, 1993, pág. 14).

Kübler-Ross (1993) a través de la vivencia con pacientes que padecían enfermedades crónicas desarrolla una teoría que cuenta con cinco fases por las cuales pasaría el enfermo y las personas a su alrededor a partir del recibimiento del diagnóstico:

Primera fase: negación y aislamiento

Es la primera reacción ante la noticia, la persona niega este suceso como propio. Tanto el enfermo como la familia pueden negar la realidad de manera que anulan el diagnóstico del médico y lo toman como errado (Kübler-Ross, 1993, págs. 59-72).

Segunda fase: ira

La segunda reacción es el enojo, parcialmente la persona y su familia están aceptando que el suceso les está pasando a ellos. En ocasiones el enfermo se vuelve agresivo y se descarga con sus seres queridos y con el personal de salud. La ira que manifiesta el paciente hacia los demás es en realidad un enojo hacia sí mismo y hacia la situación (Kübler-Ross, 1993, págs. 73-110).

Tercera fase: pacto

Es el primer acercamiento hacia la aceptación de una posible muerte cercana. El paciente hace negociaciones con Dios acerca del fin de sus días y plazos para cumplir ciertos objetivos (Kübler-Ross, 1993, págs. 111-114).

Cuarta fase: depresión

En esta fase el enfermo pierde el interés por su entorno y en ocasiones incluso llega a molestarle la vitalidad con la que se muestran las personas a su alrededor. Puede perder las ganas de hablar, de luchar e incluso de vivir. Ocurre cuando la persona enfrenta la realidad a la que se ve expuesto, por ejemplo la pérdida de capacidades, de independencia, etc. (Kübler-Ross, 1993, págs. 115-145).

Quinta fase: aceptación

Esta es la última etapa, en ella el paciente asume en paz su situación, generalmente en esta fase la persona se encuentra cansada y débil, es posible observar serenidad física, espiritual y psicológica (Kübler-Ross, 1993, págs. 147-177).

Cada una de las fases mencionadas son un proceso por el cual transita la persona y sus seres queridos más cercanos; la enfermedad crónica representa cambios en la vida del paciente y de su entorno, específicamente en la enfermedad de Alzheimer debido a sus

síntomas, paulatinamente la persona que lo padece se hace más dependiente de las personas a su alrededor, y éstas deben transformar sus vidas en función del bienestar del paciente sin tomar en cuenta (en la mayoría de casos) su propio bienestar.

La Enfermedad de Alzheimer representa una crisis paranormativa para la familia debido a que se presenta sin previo aviso y no tiene que ver con el proceso natural de envejecimiento ni ciclo de vida de la persona. Es aquí cuando la familia necesita recurrir a los mecanismos adaptativos como la morfogénesis o la homeostasis (mencionadas anteriormente) para responder a las demandas de cambio que acompañan a la enfermedad crónica y su evolución.

Como se menciona en este capítulo la violencia se presenta cuando en una relación se interfiere el deseo de poder al amor, cuando una relación no se nutre de manera efectiva y se descuida su alimentación y cuando en nombre del amor se realiza acciones o se omite otras. Cuando una persona elige amar a otra como menciona Madanes (1993) también elige dominar, controlar y en algunos casos violentar.

La relación que se produce entre la persona que posee Enfermedad de Alzheimer y su cuidador principal pasa a ser mayormente jerárquica, el paciente es una persona que realmente necesita de la ayuda de otro (como en el caso de niños o de personas de la tercera edad incluso sanas) y la persona que lo cuida se sitúa como aquel que tiene el poder para “ayudarlo”. De esta manera, al sentir cierto tipo de poder ante la persona ubicada en situación vulnerable el cuidador tiene la potestad de decidir qué es lo mejor para él.

Se habla de que la violencia puede aparecer como un mecanismo no adaptativo en familias donde existe un miembro diagnosticado con Enfermedad de Alzheimer debido a que al no seguir el curso natural del ciclo vital y las crisis normativas, la familia cambia su dinámica, y específicamente el cuidador principal se sitúa jerárquicamente en una posición superior al paciente. De tal manera, el amor que se siente y que en algunos casos incluso es el que lleva a convertirse en el cuidador de la persona enferma puede verse irrumpido por el poder sobre él, la nutrición relacional puede descuidarse completamente y en nombre del amor se puede controlar y dominar al paciente enfermo y su accionar, presentándose así la violencia como agresión o como castigo ante las actitudes (e incluso síntomas) de la

persona y manifestándose en la relación de manera psicológica primeramente y física posteriormente.

5. Relación entre el diagnóstico de Alzheimer y las manifestaciones de violencia en la familia

5.1. Recopilación de información

La presente investigación se plantea la hipótesis de que al haber un diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer y a medida que esta avanza se pueden producir cambios en la dinámica familiar de manera que es posible que se presenten mecanismos no adaptativos a dichos cambios en manifestaciones como la violencia dentro del sistema. Los objetivos de la investigación son exponer los conceptos básicos acerca de la Enfermedad de Alzheimer, los síntomas que se presentan en la persona y su evolución además describir los conceptos alrededor de dinámica familiar y violencia para de esta manera cumplir con el objetivo principal: determinar la incidencia de violencia intrafamiliar en familias donde existe un miembro diagnosticado con Enfermedad de Alzheimer.

El tipo de investigación fue exploratoria ya que el tema no ha sido trabajado a profundidad anteriormente y el estudio se centró en acontecimientos de la realidad. De la misma manera es descriptiva ya que se busca exponer de la manera más completa posible la relación que existe entre la Enfermedad de Alzheimer y la violencia intrafamiliar; por ello se recurrió al método de investigación cualitativa ya que los datos a obtener son poco controlables y no cuantificables además, se buscó obtener la mayor cantidad de datos posibles.

El estudio se realizó en el Centro Médico Neurológico Neuromedicenter, dicho establecimiento brinda apoyo a pacientes y familiares de manera interdisciplinaria; cuenta con profesionales en diversas áreas de la salud que se encargan del diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación en casos de enfermedades neurológicas; además el Centro Neurológico Neuromedicenter ofrece apoyo y capacitación a los cuidadores de las personas diagnosticadas con alguna discapacidad neurológica (Neuromedicenter, S.F).

La muestra con la que se trabajo estuvo conformada por diez familiares de pacientes asistentes al Centro Médico Neurológico Neuromedicenter que se dedican al cuidado de un familiar que cuente con un diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer por parte de un médico neurólogo. La participación fue completamente voluntaria y se cumplió con el

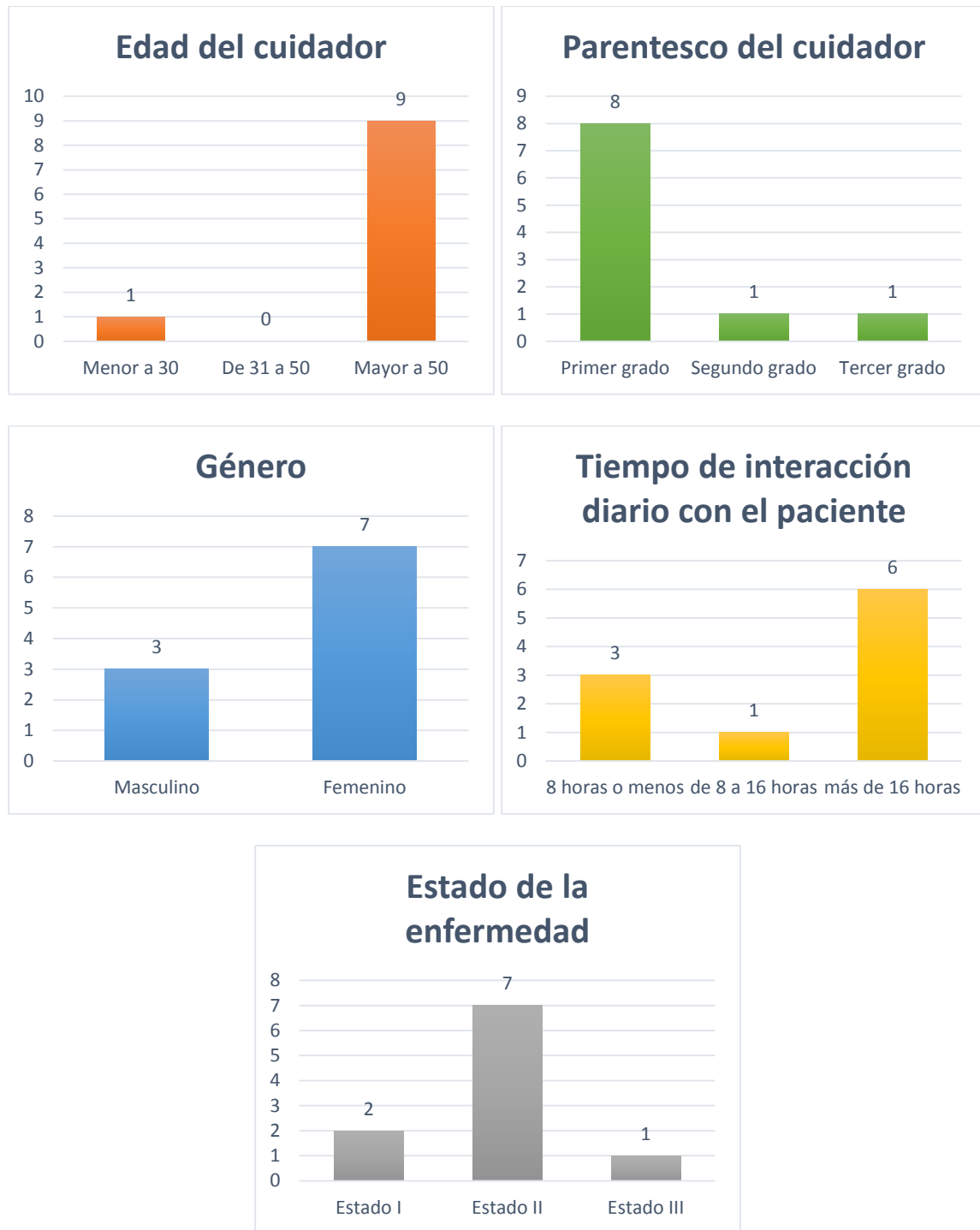
requerimiento de la firma del consentimiento informado por parte de cada uno de los participantes (Anexo-1).

La herramienta que se utilizó fue una entrevista semiestructurada (Anexo-2) la cual se realizó con base en las variables de Enfermedad de Alzheimer, dinámica familiar y violencia intrafamiliar. Los indicadores que se tomaron en cuenta fueron: los estadios de la Enfermedad de Alzheimer, los tipos y manifestaciones de violencia y la estructura familiar. Dicha entrevista contó con la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en nombre del Comité de Ética de la misma (Anexo-3).

5.1.1 Entrevista semiestructurada: Incidencia de violencia intrafamiliar en familias donde se encuentra un miembro diagnosticado con Alzheimer

La presente entrevista se realizó en seis partes que contaron con treinta preguntas en total. Tuvo una duración aproximada de una hora y se realizó en una oficina asignada por la directora del Centro Médico Neurológico Neuromedicenter Dra. Liseth Duque para asegurar la confidencialidad de la información. Las dos primeras partes buscan recabar información acerca del paciente y de su cuidador principal; las tareas que realiza cada uno, en qué ocupan su día, cómo era la vida del paciente antes de recibir el diagnóstico y cómo se encuentra actualmente. El tercer ítem forma parte de la primera variable que se tomó en cuenta para la realización de la presente investigación; se indaga acerca de la Enfermedad de Alzheimer y cómo se han presentado los síntomas hasta la actualidad. En la cuarta parte se realizó un genograma con el entrevistado con el fin de recopilar información familiar de una manera más completa y con mayor alcance. En la quinta parte se aborda el tema de las dificultades que se han presentado dentro de la organización familiar a partir del diagnóstico de Alzheimer, formando parte de la variable acerca de dinámica familiar junto con el ítem anterior (genograma). Finalmente en el ítem número seis se recaba información acerca del maltrato asociado al cuidado del familiar con Enfermedad de Alzheimer, cada una de las preguntas de esta sección se centran en obtener información acerca de cómo el cuidador principal afronta el cuidado diario del paciente y los retos que se presentan en dicha tarea.

Algunas preguntas serán representadas en gráficos para facilidad de lectura:



Datos del entrevistado

Pregunta 1.3 Razones por las cuales está a cargo del cuidado del paciente:

De los diez entrevistados siete manifestaron hacerlo porque son las personas con mayor tiempo libre y disponibilidad entre los familiares más cercanos del paciente todos ellos se adjudicaron el cargo de cuidador principal de manera voluntaria.

Dos entrevistados manifestaron haberse hecho cargo porque ningún otro familiar podía en los dos casos la responsabilidad fue impuesta.

En un caso no existe un cuidador exclusivo del paciente, la familia se organizó por medio de un horario y de esta manera todos los hijos de la paciente han asumido el rol de cuidador principal.

Pregunta 1.4 ¿Quién ha asumido la responsabilidad en cuánto a las tareas que normalmente realizaba el paciente?

Seis de los diez entrevistados manifestaron haber asumido las tareas que el paciente ya no realiza debido a la enfermedad.

En tres casos las tareas fueron asumidas por personas cercanas al hogar como empleadas o algún hijo.

En un solo caso aún no aplica la pregunta porque la persona realiza sus propias actividades.

Datos del paciente

Pregunta 2.4 Profesion/ocupacion (actualmente y antes del diagnóstico):

En ocho casos el familiar entrevistado manifestó que el paciente ya no ejerce su profesión y ha dejado sus ocupaciones habituales, esto ocurrió antes del diagnóstico debido a la edad.

En un caso el familiar refiere que el paciente diagnosticado continúa con sus actividades habituales.

Pregunta 2.5 Actividades que realiza durante el día:

En ocho casos los pacientes se dedican a hacer actividades de distracción como mirar la tele, leer o salir a caminar.

En dos casos los pacientes realizan las actividades que habitualmente realizaban: trabajar en el negocio familiar, cuidar a nietos.

Pregunta 2.6 ¿Con quién vive actualmente?

En siete casos el paciente vive en la misma casa con la persona que se dedica a su cuidado diario.

En dos casos los pacientes viven solos.

En un caso la paciente vive con dos de sus hijos que son también cuidadores principales pero no son los únicos ya que se turnan entre todos los hermanos para el cuidado de la paciente.

Pregunta 2.7 ¿Con quién vivía antes de recibir el diagnóstico?

En cuatro casos la situación de vivienda cambió, los pacientes vivían con otras personas o independientemente antes del diagnóstico.

En seis casos la situación de vivienda se mantuvo igual a cuando la persona no había recibido el diagnóstico.

Información sobre el diagnóstico y etapa actual de la enfermedad:

Pregunta 3.3 ¿Cuáles fueron los primeros síntomas?

Todos los entrevistados refieren que los primeros síntomas de la enfermedad de su familiar fueron olvidos pequeños o cotidianos, por ejemplo, olvidar el lugar en donde dejó las llaves.

Pregunta 3.4 ¿Cuáles son los síntomas actuales de la enfermedad?

Aquellos familiares de pacientes que se encuentran en un estadio inicial de la enfermedad refieren olvidos cotidianos e irritabilidad como los más llamativos.

Los familiares de pacientes que se encuentran en el estadio II de la enfermedad refieren desorientación espacio-temporal como las manifestaciones más frecuentes.

Dificultades asociadas al diagnóstico y cuidado

Pregunta 5.1 ¿Cómo ha cambiado la vida familiar desde el diagnóstico?

Las diez personas entrevistadas refieren que sus familias han cambiado después del diagnóstico. Tres personas expresaron que los cambios producidos les ocasionaron malestar. En cinco casos los entrevistados refieren que los cambios producidos no les produjeron ni bienestar ni malestar. En un solo caso la persona entrevistada manifestó que el cambio fue positivo ya que toda la familia se unió más.

Pregunta 5.2 ¿Cuáles han sido los problemas más difíciles de afrontar?

En tres casos las personas entrevistadas manifestaron que el mayor problema fue el manejo del tiempo, ya que desde el cuidado del familiar diagnosticado ya no disponen de mucho tiempo para sus actividades.

En un caso el entrevistado refirió que su único y mayor problema es mantener a su esposa ocupada, ya que a la paciente no le gusta estar en la casa y él no sabe qué hacer.

En cuatro casos los entrevistados refirieron que no hubo problemas representativos.

En dos casos los entrevistados manifestaron que el mayor problema es lo económico.

Pregunta 5.3 Frente a las necesidades especiales del paciente, ¿qué cambios se han hecho en la organización familiar? (Vacaciones, tiempo libre, gastos, espacios físicos, etc.)

Todos los entrevistados refirieron haber realizado cambios en la organización familiar.

Pregunta 5.4 ¿Cree usted que esto afecta a los demás miembros de la familia? ¿De qué manera?

De los diez entrevistados cinco manifestaron creer que si afecta a los demás miembros de la familia.

En dos casos (pacientes diagnosticados recientemente) los entrevistados manifestaron que no ha afectado a nadie todavía.

En tres casos las personas entrevistadas refirieron que únicamente sienten que les afecta a ellos (cuidadores principales), que los demás miembros de la familia no han tenido ninguna afectación.

Maltrato asociado al diagnóstico

Pregunta 6.1 Cuando el paciente “se porta mal”, ¿cómo se siente usted?

De las diez personas entrevistadas, tres manifestaron sentirse “mal” cuando el paciente realiza cosas que no les gusta.

Cuatro entrevistados refirieron que su familiar no ha tenido comportamientos que les haya hecho sentir incómodos (“portarse mal”).

Dos personas manifestaron haberse sentido “molestos” cuando el paciente se ha “portado mal”.

Una persona manifestó sentirse “triste” cuando el paciente se comportaba “mal”.

Pregunta 6.2 ¿Algunas veces pierde la paciencia?

Tres personas entrevistadas manifestaron no haber perdido la paciencia en ningún momento, y las siete personas restantes de los diez entrevistados refieren haber perdido la paciencia en algún momento con el paciente diagnosticado.

Pregunta 6.3 ¿Quién tiene más/menos paciencia frente al paciente?

De los diez entrevistados, seis refirieron sentir que son ellos quienes tienen más paciencia con su familiar; tres manifestaron que todos los miembros de la familia tienen un nivel igual de paciencia con el paciente, y en un caso el entrevistado manifestó que al no necesitar mayor cuidado todavía, no podría decidir quién tiene más o menos paciencia frente a la persona diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer.

Pregunta 6.4 ¿Con qué frecuencia se siente agobiado por las necesidades del paciente?

Cinco personas entrevistadas manifestaron no haberse sentido agobiados por las necesidades del paciente, aunque en algunos casos si se han sentido preocupados. En tres casos las personas han referido que se sienten agobiados todo el tiempo por las necesidades de su familiar. Y en dos casos se sienten agobiados únicamente en ocasiones específicas

como después del fin de semana cuando llega nuevamente a ser cuidada por la misma persona y cuando recién recibieron el diagnóstico.

Pregunta 6.5 Cuando pierde la paciencia, ¿Qué hace/dice más frecuentemente?

Aunque en la pregunta número 6.2 únicamente siete personas refirieron perder la paciencia alguna vez, en esta pregunta nueve de los entrevistados pudieron describir alguna forma de comportamiento cuando pierden la paciencia frente al paciente: tres de ellos manifestaron reclamar a su familiar el “¿por qué hace eso?” y posteriormente hacer las cosas nuevamente. Dos de las personas entrevistadas refirieron intentar dialogar con el paciente para “hacerle entender”. También dos entrevistados manifestaron preferir alejarse del paciente y de la situación por un rato para poder respirar y hacer nuevamente las cosas. En un caso el cuidador le deja hacer lo que la paciente quiera para “evitar discusiones”. En un caso el familiar manifiesta que cuando sucede algo que le hace perder la paciencia ella grita y se enoja. Y en un caso reafirmó su respuesta y respondió que no ha perdido la paciencia.

Pregunta 6.6 ¿De qué manera se disciplina/castiga/reprende a los miembros de la familia que cometen un error?

De los diez entrevistados siete sostienen mantener diálogo con las personas que están a su alrededor. En los tres casos restantes los entrevistados manifestaron que en sus hogares nucleares siempre se disciplinó por medio de violencia física: golpes con correa y zapatilla.

5.1.1.1. Análisis de la entrevista

Para la realización y el análisis de la entrevista se tomaron en cuenta tres variables, en primer lugar la Enfermedad de Alzheimer y sus diferentes estadios. Como menciona Carrasco (2006) la Enfermedad de Alzheimer tiene tres estadios y es de principio casi imperceptible. En todos los casos los familiares de los pacientes refieren que los primeros síntomas fueron olvidos cotidianos, repetición de algunas frases o palabras y en ocasiones dificultad para poder recordar el nombre de algunos objetos o cosas. Existen únicamente dos personas de los diez participantes en el estudio que se encuentran en este estadio. El segundo estadio de la enfermedad, según Carrasco tiene síntomas mucho más visibles en la persona y perceptibles por parte del entorno. Siete de los entrevistados refirieron que sus

familiares se encuentran en este estadio, en el cual la persona necesita mayor atención y ayuda por parte de otras personas. Por ejemplo, para el cuidado personal diario, la elección adecuada de vestimenta, la ingesta de alimentos; todos ellos presentan desorientación espacial y en muchos casos temporal. Algunos casos incluso llegan a confundir la realidad con los sueños. Su personalidad se puede ver afectada de manera que la persona presente irritabilidad o indiferencia constante (Carrasco, 2006). Entre los síntomas de algunos pacientes también está la inquietud, ansiedad por hacer alguna actividad, o la sedestación, en todos los casos son síntomas esperados en el estadio en el que se encuentran dentro de la enfermedad. En esta etapa también es posible que la capacidad de juicio se vea afectada, esto quiere decir que la persona no es capaz de discernir lo que está bien y lo que está mal (Carrasco, 2006). En el tercer estadio o etapa de la enfermedad se encuentra una sola persona de los diez participantes del estudio, en esta etapa es normal que el paciente presente desorientación personal, deterioro grave de memoria, su personalidad sufre una desintegración general, lo cual quiere decir que la persona cambia completamente su forma de ser, existen reflejos primitivos como la prensión que se ven comprometidos y en algunos casos como en el de la persona entrevistada los pacientes refieren incapacidad para controlar esfínteres (Carrasco, 2006).

En segundo lugar se tomó en cuenta la dinámica familiar, con todos los participantes se realizó un familiograma, el cual arrojó información muy valiosa para la interpretación de las entrevistas. Como menciona Salvador Minuchin (2009) la familia en su conjunto es la unidad que se enfrenta a una serie de tareas, dichas tareas se presentan de acuerdo al entorno que rodea a cada miembro y además el propio desarrollo de los mismos; de esta manera Minuchin y Fishman (1983) hacen referencia a la importancia que tiene el comportamiento de cada miembro ya que la conducta de cada individuo influye en la conducta de los demás. Dentro de la investigación se pudo evidenciar que en todas las familias participantes se había realizado cambios dentro de la organización y dinámica familiar desde el diagnóstico y la presentación de síntomas en el paciente, es interesante tomar en cuenta que en dos casos en los que el diagnóstico fue muy reciente la familia no ha experimentado cambios muy significativos dentro de su dinámica, pero en los dos casos las personas entrevistadas mencionan estar seguros de que tendrán que vivirlos.

La familia se estructura en base a las demandas que organizan el modo de interacción entre sus miembros, como menciona Minuchin (2000), las pautas transaccionales formadas a partir de la repetición tienen que ser lo suficientemente flexibles para permitir que el sistema se adapte a nuevas situaciones y deben existir también las pautas transaccionales alternas para situaciones emergentes. En los diez casos se puede observar que las pautas de interacción entre los miembros de la familia han ido cambiando. En los casos que se encuentran en el estadio 1 de la enfermedad, las pautas hasta el momento han ido cambiando ligeramente, como por ejemplo, que antes el sobrino debía avisar a donde iba y ahora es el paciente el que avisa al sobrino. Así mismo otro componente importante dentro de la estructura familiar son los roles, como menciona Garibay (2013) los roles son dados a la persona a partir de las expectativas que los demás miembros de la familia tienen sobre un individuo; en este caso, de los diez entrevistados nueve afirmaron que las tareas que habían sido designadas para el paciente diagnosticado ya no es capaz de cumplir. Lo que indica que el paciente ya no puede cumplir con sus funciones y otra persona debe cubrir esos espacios en términos de organización y operatividad.

Existe también otro factor bastante importante, dentro de la familia pueden presentarse alianzas o coaliciones, en el caso de algunos entrevistados mencionaron sentir que algunos miembros de la familia se han aliado de manera que han dejado únicamente el cuidado del paciente a una o dos personas, además en algunos casos estos mismos aliados se han encargados de temas como el manejo de los bienes del paciente diagnosticado, siendo el dinero un símbolo de poder para la toma de decisiones, lo cual genera malestar en los miembros de la familia que se han sentido excluidos de dichas alianzas.

La familia naturalmente se tendrá que enfrentar a situaciones que demanden su capacidad de adaptación, como menciona Minuchin (2009), en el caso de que un miembro de la familia presente una enfermedad y como ya habíamos mencionado en el párrafo anterior, las funciones del miembro que sea diagnosticado tendrán que ser asumidas por algún o algunos otros miembros y se necesita que toda la familia se adapte a esto.

Con respecto a la adaptación, el sistema cuenta con dos procesos, ya descritos en el capítulo dos, para enfrentar los cambios. El primero es la homeostasis, este proceso como

menciona Hoffman (1987) se trata de mantener la constancia en la dinámica ante las circunstancias que se presenten, y la segunda es la morfogénesis, proceso de cambio en la estructura del sistema para mantener el equilibrio y funcionamiento del mismo. En este estudio se ha evidenciado que aquellos sistemas que han logrado una interacción dinámica entre homeostasis y morfogénesis han alcanzado niveles satisfactorios de funcionamiento encontrando mejores formas de responder ante las demandas de la enfermedad. Por ejemplo en el caso de la familia en el que se han mantenido las pautas transaccionales como la autoridad del hermano mayor y el poder de éste para tomar decisiones en cuanto a la familia pero se han realizado cambios en cuanto al tiempo de interacción de cada hijo con su madre diagnosticada con Alzheimer. Esta familia se organizó de tal manera que se realizó un horario, en el cual cada hijo se ocupa de distintas tareas y son principalmente liderados por su hermano mayor, quien adoptó el rol de líder dentro de la familia desde que su padre murió.

Por el contrario, aquellos casos en los que la familia ha respondido de forma rígida o demasiado desorganizada han existido discusiones y malestares dentro del sistema lo que afecta también la relación con el paciente. Por ejemplo, en uno de los casos se decidió que el responsable del paciente recibiría remuneración por el cuidado de su familiar no se consideró que esto modificaría la interacción del cuidador con los otros miembros de la familia, generando malestar y malos entendidos.

Los mecanismos adaptativos generalmente pueden visualizarse en situaciones de crisis en la familia, y como menciona Ortiz (2008) existen dos tipos de crisis principalmente, en el caso de las familias entrevistadas se tomará en cuenta únicamente la crisis paranormativa, que es aquella que se presenta sin previo aviso y generalmente sin esperarlas a lo largo del proceso vital. Se menciona también que son fuentes de estrés ya que todo el sistema se tiene que reajustar a las nuevas necesidades no solo del paciente, sino de todos los miembros de la familia.

La tercera variable que se tomó en cuenta para esta investigación fue la violencia intrafamiliar, como se menciona en el capítulo tres la violencia surge cuando en una relación el deseo de poder se interfiere al amor, es cuando no existe una nutrición relacional adecuada y cuando en nombre del amor se realiza acciones o se omite otras.

Madanes (1993) menciona que cuando una persona elige amar a otra, está también eligiendo dominar, controlar y en algunos casos violentar. La violencia tiene muchas manifestaciones y se puede presentar de diversas formas, como menciona Perrone y Nannini (1997) las dos formas en las que se presenta la violencia son como agresión o como castigo, la principal diferencia se da en el tipo de relación que maneja cada una, la agresión se da en relaciones de tipo simétricas y el castigo en relaciones de tipo complementarias.

En la sección seis de la entrevista que se realizó a los participantes de la investigación se toma en cuenta justamente estas variables, en muchos casos las relaciones que se mantenían antes del diagnóstico y el progreso de la enfermedad eran complementarias de una forma, por ejemplo, los hijos, hijas, nueras, yernos, nietos, nietas, etc., estaban jerárquicamente por debajo del padre o madre, abuelo, abuela, suegro, etc., pero a partir de que la persona necesitó más cuidado la relación se invirtió quedando por encima de la jerarquía quien antes se posicionaba más abajo. De igual manera aquellas relaciones que anteriormente eran simétricas se volvieron complementarias. Por lo tanto se registró violencia como agresión como por castigo.

El tipo de maltrato que se evidenció como más frecuencia fue la violencia de tipo psicológica en algunos casos, no solamente desde o hacia el paciente sino también por parte de algunos miembros de la familia principalmente hacia el cuidador principal del paciente. Por ejemplo en los casos en los que fue impuesto el cuidado del familiar diagnosticado. También en aquellos casos en los que el cuidador principal ignora o deja de lado al paciente cuando este “se porta mal”, además de aquellas personas que manifestaron haber gritado al paciente cuando pierden la paciencia.

6. CONCLUSIONES

Para dar respuesta a la pregunta de investigación ¿Cómo incide el diagnóstico y el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer dentro de la dinámica familiar y la violencia intrafamiliar? , se llega a las siguientes conclusiones:

Todos los pacientes con Enfermedad de Alzheimer presentan síntomas que son claramente desequilibradores del sistema, a medida que la enfermedad va avanzando y el paciente presenta más síntomas, el sistema se ve mayormente retado a adaptarse tanto al paciente y sus cambios como al cambio en la dinámica que ellos sugieren.

La interacción y dinámica familiar se ve afectada desde el momento del diagnóstico y a medida que la enfermedad avanza, aquellos sistemas que se han construido sólidamente y cuentan con pautas transaccionales flexibles y mecanismos adaptativos eficientes tienen un manejo eficaz de los cambios que se producen al interior del sistema y progresivamente con la enfermedad estos mecanismos se adaptan al paciente y a su entorno.

Aquellas familias en donde no existen pautas transaccionales flexibles y su sistema se vuelve rígido al estar ante una crisis, no tienen la capacidad de adaptarse correctamente ante los cambios, su estructura se ve fragmentada y se presentan roces y discusiones entre los miembros de la familia involucrados.

Al presentarse una crisis dentro del sistema familiar, este se ve en la necesidad de ajustarse a los nuevos cambios; cuando existen conflictos no resueltos del pasado o ha habido algún tema que por diversas razones se volvió problemático pero la familia no lo trató en su momento se suma al nuevo conflicto dificultando aún más la dinámica.

La familia que adopta algún proceso adaptativo a la crisis como la homeostasis o la morfogénesis y lo aplican claramente dentro del sistema enfrenta la situación de riesgo de manera eficaz, haciendo los cambios respectivos en el sistema.

Aquellas familias que se dividen las tareas que se han quedado sin un ejecutor debido a la enfermedad y el avance de la misma dentro de la persona, se adaptan de manera más eficaz, los cambios que tienen que realizar se sienten en menor magnitud, debido a que no es una sola persona la que las realiza. Cuando el cuidador principal del paciente se

encuentra emocionalmente sostenido y cuenta con una red de apoyo de los demás familiares no se presentan episodios de violencia de ningún tipo.

Toda persona que se dedica al cuidado de un paciente con Alzheimer experimenta cambios en su vida, consecuentemente todo el sistema familiar experimenta cambios. Es posible dar cuenta de que en un principio la enfermedad no causa mayor estrago dentro de la organización familiar, ya que la persona continúa con sus actividades diarias, pero en el progreso de la enfermedad todo el sistema tiene que ir cambiando para reajustarse a las nuevas necesidades de todos los miembros.

Toda persona que es diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer con el pasar del tiempo y al avance de su enfermedad es afectada en el plano de su personalidad, esto representa un cambio significativo para los miembros de la familia debido a que deben reconocer nuevamente a una persona con la cual se había establecido un tipo de relación, y debido al cambio de personalidad consecuentemente se cambia el tipo de relación con la persona.

La violencia intrafamiliar se presenta a manera de violencia psicológica en aquellos casos en los que el sistema no ha logrado adaptarse eficazmente a los cambios que la enfermedad demanda. A medida que la enfermedad avanza los síntomas que experimenta el paciente, la necesidad de ayuda y la independencia del mismo se ven progresivamente más afectados, por lo cual, un sistema que desde el comienzo de la enfermedad no se ha adaptado, con el pasar del tiempo demandará mayores esfuerzos por cada uno de los miembros para adaptarse eficazmente al cambio.

7. RECOMENDACIONES

Implementación de tratamiento y evaluación psicológica en todos los casos en los que exista la sospecha o haya un diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer tanto para el paciente como para su núcleo familiar. En los casos de sospecha como medida de información acerca de la enfermedad y de prevención de mecanismos no adaptativos y en los casos en los que ya exista un diagnóstico como medida de prevención, información y adicionalmente reparación en los sistemas familiares que lo requieran.

Implementar una guía de apoyo por medio de los médicos hacia los pacientes y sus familias acerca de todo lo que conlleva tener la enfermedad, las etapas que se presentan, los síntomas que se irán manifestando y los posibles malestares que esto puede generar en el paciente y su entorno.

Desarrollar charlas o talleres en los que se maneje el tema de violencia intrafamiliar, de esta manera desmitificar el hecho de que únicamente los golpes son violencia y que solamente las personas “malas” ejercen violencia sobre sus seres queridos.

Instaurar grupos de apoyo afines al tema de la enfermedad, donde se desarrolle una dinámica de sostenimiento e información por medio de la experiencia y guiados por profesionales de la salud. Abiertos al público en general y especialmente creados para los cuidadores principales de personas que tienen un diagnóstico de enfermedad crónica como la Enfermedad de Alzheimer.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ADI/BUPA. (2013). *La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia*.
- American Psychological Association. (2017). *American Psychological Association*. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>
- Carrasco, M. M. (2006). Enfermedad de Alzheimer. En J. C. Luis Agüera, *Psiquiatría Geriátrica* (págs. 284 - 308). Barcelona: Masson.
- Dox, I. G., Melloni, D. J., & Melloni, J. L. (2005). *El gran Harper Collins ilustrado: diccionario médico*. Madrid: Marbán.
- Falcón, M. T. (2001). *La violencia en casa*. Barcelona: Paidós.
- Feria, M. (2005). *Alzheimer: una experiencia humana*. México D.F.: Pax México.
- Fuentes, P. (2007). Demencia Tipo Alzheimer. En M. I. Beherens, *Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de las demencias* (págs. 23-32). Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- García, D. M. (27 de 12 de 2011). *Medicopedia*. Obtenido de http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Atopognosia
- Garibay, S. (2013). *Enfoque Sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar, 2ª edición*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Haley, J. (2007). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México D.F.: FCE.
- Junqué, C., & Barroso, J. (2009). *Manual de Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Linares, J. L. (2006). *Las formas del abuso*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- López, S. (2010). Definición, prevalencia, incidencia y factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca, & S. López, *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Madrid: Medica panamericana.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia*. Buenos Aires: Paidós.

- Martín, C. (2006). El envejecimiento desde la perspectiva psicológica. En J. C. Luis Agüera, *Psiquiatría Geriátrica* (págs. 25 - 80). Barcelona: Masson.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Neuromedicenter. (S.F). *Neuromedicenter*. Obtenido de <http://www.neuromedicenter.com/index.php/about-us>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Quito: Abya-Yala.
- Perrone, R., & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires : Paidós.
- RAE. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Diccionario de la lengua española: <http://www.rae.es/rae.html>
- Real Academia de la Lengua Española. (2017). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=BLThYfx>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=BHwUydm>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Senplades, S. N. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir. *PNBV*. Quito, Ecuador.
- Serrano, R. A. (2010). Manifestaciones cognitivas y funcionales de la Enfermedad de . En S. L. Román Alberca Serrano, *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias* (págs. 195 - 205). Madrid: Medica Panamericana.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1995). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

INTERNET

- American Psychological Association. (2017). American Psychological Association. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>

García, D. M. (27 de 12 de 2011). Medicopedia. Obtenido de http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Atopognosia

Neuromedicenter. (S.F). Neuromedicenter. Obtenido de <http://www.neuromedicenter.com/index.php/about-us>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

RAE. (2001). Diccionario de la lengua española. Obtenido de Diccionario de la lengua española: <http://www.rae.es/rae.html>

Real Academia de la Lengua Española. (2017). Real Academia Española. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=BLThYfx>

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=BHwUydm>

9. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Estimad@participante:

La Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador lleva a cabo un proceso de investigación cuyo objetivo es determinar la incidencia de violencia intrafamiliar en familias donde existe un miembro diagnosticado con enfermedad de Alzheimer. En este marco, se está llevando a cabo un proyecto de investigación titulado:

INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN FAMILIAS DONDE EXISTE UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

La investigación planteada, permite abordar la idea de que las familias en donde existe un miembro que ha sido diagnosticado con Enfermedad de Alzheimer han cambiado su dinámica de interacción familiar, de tal manera, que uno de los mecanismos de adaptación a la nueva situación se presenta en forma de cualquier tipo de violencia.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO: Determinar la incidencia que existe entre el diagnóstico de Alzheimer y su evolución, y las manifestaciones de violencia intrafamiliar en pacientes que asisten a Neuromedicenter.

PROCEDIMIENTOS: Se obtendrá la información por medio de entrevistas semiestructuradas con el cuidador principal de cada paciente asistente a Neuromedicenter, con el objetivo de recabar información sobre la estructura familiar y los principales cambios vividos al interior a partir del diagnóstico. Las preguntas estarán formuladas en base al proceso de diagnóstico y evolución de la enfermedad de Alzheimer, los conceptos de violencia intrafamiliar y los conceptos de ciclo de vida y adaptación. Finalmente se grabará las entrevistas en audio, para poder obtener un análisis más profundo de la información recolectada.

BENEFICIOS: El presente estudio nos permitirá determinar el nivel de incidencia que existe entre violencia intrafamiliar y el diagnóstico y evolución de la Enfermedad de

Alzheimer, para de esta manera, poder abordar la problemática de violencia dentro de familias donde existe un miembro que ha sido diagnosticado con la enfermedad.

RIESGOS: La participación en el estudio no conlleva ningún riesgo.

COSTOS: El participante no debe incurrir en ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD: Cada entrevista será codificada, de tal manera que no se pueda asociar el nombre del participante con la información recabada. De ninguna manera se identificará a los participantes en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio.

COMUNICACIÓN CON EL INVESTIGADOR: Para cualquier duda o consulta, usted puede contactarse con la siguiente persona:

Mtr Soledad Ávila: 0999834514

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: El participante en la investigación puede retirarse en cualquier momento de la misma, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él.

Después de haber leído esto, si usted desea participar en la investigación, sírvase llenar con sus datos y firmar el FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO que encontrará a continuación.

Atentamente,

Lucy Natalia Tapia Ortega

INVESTIGADORA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN¹

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente yo... _____

accedo a participar en el protocolo de investigación
titulado:

**INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN
FAMILIAS DONDE EXISTE UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

desarrollado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la Facultad de: **PSICOLOGÍA**

El objetivo del estudio es Determinar la incidencia que existe entre el diagnóstico de Alzheimer y su evolución, y las manifestaciones de violencia intrafamiliar en pacientes que asisten a Neuromedicenter.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Una entrevista semi-estructurada grabada en audio, que recabará información sobre conceptos de estructura familiar y los principales cambios vividos al interior de la familia a partir del diagnóstico de Alzheimer.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre (ver anexo) :

Objetivos del estudio, criterios de selección, características y metodologías del estudio, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho a no participar del estudio y/o retirarme en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte en nada.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio.

Nombre y firma del participante

Lucy Natalia Tapia Ortega
Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

099834514 / 0996028492

¹<http://www.cis.gob.mx/index.php/formatos/doc_download/103-anexo-4-carta-de-consentimiento-informado-adultos>

ANEXO 2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Facultad de Psicología

Tema de disertación: Incidencia de violencia intrafamiliar en familias donde se encuentra un miembro diagnosticado con Alzheimer

Autor: Lucy Natalia Tapia

1. Datos del entrevistado:

1.1 Número de entrevistado:

1.2 Profesión/ocupación:

1.3 Relación con el paciente:

1.4 Edad:

1.5 Género:

1.6 Tiempo de interacción diario con el paciente:

1.7 Razones por las cuales está a cargo del cuidado del paciente:

1.8 ¿Quién ha asumido la responsabilidad en cuánto a las tareas que normalmente realizaba el paciente?

2, Datos del paciente:

2.1 Número de paciente:

2.2 Edad:

2.3 Género:

2.4 Profesión/ocupación (actualmente y antes del diagnóstico):

2.5 Actividades que realiza durante el día:

2.6 ¿Con quién vive actualmente?

2.7 ¿Con quién vivía antes de recibir el diagnóstico?

3, Información sobre el diagnóstico y etapa actual de la enfermedad:

3.1 ¿A qué edad le diagnosticaron?

3.2 ¿Cuánto tiempo lleva con la enfermedad?

3.3 ¿Cuáles fueron los primeros síntomas?

3.4 ¿En qué etapa se encuentra actualmente dentro de la enfermedad?

3.5 ¿Cuáles son los síntomas actuales de la enfermedad?

4. Estructura familiar

5. Dificultades asociadas al diagnóstico y cuidado

5.1 ¿Cómo ha cambiado la vida familiar desde el diagnóstico?

5.2 ¿Cuáles han sido los problemas más difíciles de afrontar?

5.3 Frente a las necesidades especiales del paciente, ¿qué cambios se han hecho en la organización familiar? (Vacaciones, tiempo libre, gastos, espacios físicos, etc.)

5.4 ¿Cree usted que esto afecta a los demás miembros de la familia? ¿De qué manera?

6. Maltrato asociado al diagnóstico/estrés del cuidador

6.1 Cuando el paciente “se porta mal”, ¿cómo se siente usted?

6.2 ¿Algunas veces pierde la paciencia?

6.3 ¿Quién tiene más/menos paciencia frente al paciente?

6.4 ¿Con qué frecuencia se siente agobiado por las necesidades del paciente?

6.5 Cuando pierde la paciencia, ¿Qué hace/dice más frecuentemente?

6.6 ¿De qué manera se disciplina/castiga/reprende a los miembros de la familia que cometen un error?

ANEXO 3

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Comité de Investigación



Quito, 31 de marzo de 2017

Señorita
Lucy Tapia
Presente

De nuestras consideraciones:

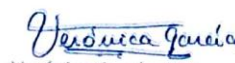
En respuesta a la solicitud dirigida al Comité de Investigación de la Facultad de Psicología, fechada el 30 de enero de 2017, se realizó el análisis de metodología, de pertinencia y ética del Proyecto de Disertación: *"Incidencia de la violencia intrafamiliar en familias donde existe un miembro diagnosticado con Enfermedad de Alzheimer"* por usted solicitado. El Comité de Investigación, el 14 de febrero del 2017, recomendó llevar a cabo algunos cambios en el plan, los cuales fueron presentados por usted y aprobados por el Decanato de la Facultad.

En virtud de lo mencionado, el Comité de Investigación de la Facultad de Psicología confirma haber revisado y da su acuerdo referente a la metodología, pertinencia y ética planteados en el Proyecto de Disertación: *"Incidencia de la violencia intrafamiliar en familias donde existe un miembro diagnosticado con Enfermedad de Alzheimer"* de la Srta. Lucy Tapia.

Atentamente,


Verónica Egas, PhD
Coordinadora - Comité de Investigación


Paulina Barahona, Mtr.
Miembro- Comité de Investigación


Verónica García, Mtr.
Miembro- Comité de Investigación


Jaime Moreno, Mtr.
Miembro- Comité de Investigación